



وژده برنامه ریزان و سیاست گزاران



نقشه راه پیشگیری از انتقال اچ آی وی

نسخه اول - پاییز 1398

چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت اچ آی وی جمهوری اسلامی ایران
مجموعه دستورالعمل و استانداردهای فعالیت های مرتبط با



زیر کمیته تخصصی پیشگیری





شناسنامه کتاب در برنامه استراتژیک:

این مجموعه به سفارش **UNAIDS** و توسط مرکز تحقیقات ایدز ایران، زیر نظر مستقیم کمیته نظارت بر اجرای برنامه استراتژیک تهیه شده است.

پس از عضویت جمهوری اسلامی ایران در ائتلاف پیشگیری، ضمن آنکه ساختار کمیته نظارت بر اجرای برنامه استراتژیک بازبینی شده و زیرکمیته تخصصی پیشگیری در آن دیده شد، بخش‌های پیشگیری برنامه استراتژیک نیز مورد بازبینی قرار گرفت. در این مجموعه تلاش شده است، نقشه راه پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران، در چهار چوب و قالب پیشنهادی کمیته ائتلاف پیشگیری ترسیم گردد.

تالیف :

دکتر هنگامه نامداری تبار

دکتر کتایون طایری

ویراستاری :

سعیده زاهد انارکی

زهرا رجب پور

زیر نظر :

دکتر محمد مهدی گویا - دکتر مینو محرز

دکتر پروین افسر کازرونی

*اعضاء کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه (SIP) تایید کننده: (به ترتیب حروف الفبا)**دکتر منا اسلامی - دکتر مهرزاد تشکریان - مهدیه خان بیگی - تکتیم خجسته - فرداد درودی - مریم ریحانی - دکتر ابراهیم قدوسی - مجید کاظمی - نسرين گودرزی - دکتر مهدی محمدی قمبری - دکتر کامبیز محضری - دکتر بیتا وحدانی**با تشکر از همکاری: (به ترتیب حروف الفبا)**دکتر سمانه اکبرپور - ماندانا تیرا - نازنین حیدری - دکتر کیانوش کمالی - دکتر مریم سرگلزایی مقدم - حامد صفری - دکتر علیرضا وثیق - اعظم ولی پور***بخش 4 این مجموعه عیناً از نتایج تحقیق "طرح ارزیابی محیط قانونی برای AIDS/HIV در ایران" که در سال 1396 توسط مرکز اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و به سفارش UNAIDS انجام شده، اقتباس گردیده است.*

فهرست

| | |
|---|---|
| 5 | پیشگفتار |
| | 1.CONDUCT STRATEGIC ASSESSMENT OF KEY PREVENTION NEEDS AND IDENTIFY POLICY AND PROGRAMME BARRIERS TO PROGRESS 7 |
| | 2.DEVELOP OR REVISE NATIONAL TARGETS AND ROAD MAP FOR HIV PREVENTION 2020 12 |
| | 3.MAKE INSTITUTIONAL CHANGES TO ENHANCE HIV PREVENTION LEADERSHIP, OVERSIGHT AND MANAGEMENT 34 |
| | 4.INTRODUCE THE NECESSARY LEGAL AND POLICY CHANGES TO CREATE AN ENABLING ENVIRONMENT FOR PREVENTION PROGRAMMES 46 |
| | 5.DEVELOP NATIONAL GUIDANCE, FORMULATE INTERVENTION PACKAGES, IDENTIFY SERVICE DELIVERY PLATFORMS AND UPDATE OPERATIONAL PLANS 56 |
| | 6.DEVELOP A CONSOLIDATED PREVENTION CAPACITY-BUILDING AND TECHNICAL ASSISTANCE PLAN 73 |
| | 7.ESTABLISH OR STRENGTHEN SOCIAL CONTRACTING MECHANISMS FOR CIVIL SOCIETY IMPLEMENTERS, AND EXPAND COMMUNITY-BASED RESPONSES 85 |
| | 8.ASSESS AVAILABLE RESOURCES FOR PREVENTION AND DEVELOP A STRATEGY TO CLOSE FINANCING GAPS 89 |
| | 9.ESTABLISH OR STRENGTHEN PREVENTION PROGRAMME MONITORING SYSTEMS 99 |
| | 10.STRENGTHEN NATIONAL AND INTERNATIONAL ACCOUNTABILITY FOR PREVENTION 169 |

پیشگفتار

اگر چه چهارمین برنامه استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی جمهوری اسلامی ایران، حول محور 90-90-90 تدوین شده است، اما اجزاء مرتبط با پیشگیری نیز در آن به خوبی دیده شده است. پس از پیوستن جمهوری اسلامی ایران به ائتلاف پیشگیری به همراه 18 کشور دیگر، چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت اچ‌آی‌وی، با رویکرد پیشگیری مورد بازبینی قرار گرفت و ضمن مشخص نمودن بخش‌های موجود پیشگیری، کمبودهای برنامه در این خصوص مشخص شد. در این مجموعه تلاش شده است، مطابق الگوی ارائه شده توسط کمیته ائتلاف پیشگیری نتایج بازبینی شود، تغییرات اعمال شده و برنامه پیش‌رو برای تدوین پنجمین برنامه استراتژیک معرفی گردد.

حیطه‌های پیشگیری

در الگوی ارائه شده توسط کمیته ائتلاف 5 حیطه پیشگیری به شرح زیر در نظر گرفته شده است:

1. برنامه پیشگیری دختران و زنان جوان و شرکای جنسی آنها (*ویژه کشورها با اپیدمی منتشر)
2. برنامه پیشگیری در جمعیت‌های کلیدی
3. تقویت برنامه ملی کاندوم و تغییرات رفتاری (*ویژه کشورها با اپیدمی منتشر)
4. ختنه مردان
5. پیشگیری دارویی قبل از تماس

از آنجا که کشور جمهوری اسلامی ایران در مرحله اپیدمی متمرکز است، به حیطه‌های 1 و 3 پرداخت نشده است. در خصوص حیطه 4 نیز با عنایت به اینکه مطابق آموزه‌های دینی، کلیه پسران مسلمان ختنه می‌شوند و مسلمانان جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند، در برنامه ملی کنترل عفونت اچ‌آی‌وی برای این بخش، هدفی در نظر گرفته نشده است. در این مجموعه به حیطه‌های 2 و 5 پرداخته شده است.

لازم به ذکر است بخش‌هایی مانند پیشگیری از انتقال از طریق خون (استراتژی دوم) و پیشگیری از انتقال از طریق مادر به کودک (استراتژی هشتم) و آموزش و اطلاع‌رسانی (استراتژی اول) در چهارمین برنامه استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی، در حیطه پیشگیری دسته‌بندی می‌شوند، اما از آنجا که در حیطه‌های پنج‌گانه پیشگیری مصوب کمیته ائتلاف دسته‌بندی نشده‌اند، در این مجموعه به عنوان بخش ضمیمه به آنها پرداخته شده است.

حیطه دوم: جمعیت‌های کلیدی

جمعیت‌های کلیدی مد نظر در برنامه استراتژیک چهارم کشوری عبارتند از:

1. زنان در معرض بیشترین آسیب
2. مردان در معرض بیشترین آسیب
3. مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
4. مصرف‌کنندگان مواد محرک
5. مبتلایان به STI
6. زندانیان
7. شرکای جنسی افراد مبتلا

* افراد تراجنسی: طبق مصوبه SIP این گروه در برنامه پنجم به عنوان یک گروه کلیدی به برنامه اضافه خواهد شد.

حیطه پنجم: پیشگیری دارویی قبل از تماس

اگر چه برنامه پیشگیری دارویی قبل از تماس در ابتدا به عنوان یکی از اهداف برنامه چهارم نبوده است، اما پس از مصوبه کمیته مراقبت و درمان SIP به دستورالعمل‌های مراقبت و درمان اضافه شده است.

نکات کلیدی 10 گانه برای تهیه نقشه راه: مطابق الگوی ارائه شده توسط کمیته ائتلاف برای تهیه نقشه

راه پیشگیری به ده نکته کلیدی به شرح زیر باید توجه شود، در این مجموعه هر بخش به یکی از این نکات کلیدی در خصوص حیطه‌های 2 و 5 پیشگیری می پردازد.



1. Conduct strategic assessment of key prevention needs and identify policy and programme barriers to progress

حیطه دوم پیشگیری: جمعیت‌های کلیدی

زنان در معرض بیشترین آسیب

اگر چه این گروه یکی از گروه‌های هدف اصلی برنامه چهارم هستند، اما موانع قانونی و فرهنگی، دسترسی به این گروه هدف را با مشکل جدی مواجه ساخته است. این موانع در حدی است که حتی برای نامگذاری این جمعیت ناگزیر از استفاده از عبارات و اصطلاحاتی مترداف شده‌ایم. تمهیداتی از جمله ارائه خدمات به FSW در کنار سایر زنانی که به دلیل فقر، بیکاری، بیخانمانی، بدسرپرستی و ... دچار آسیب‌های اجتماعی هستند، تا حدودی امکان ارائه خدمات را به این گروه فراهم آورده است. به نظر می‌رسد استفاده از ابزارهای شرعی (ازدواج موقت) شاید در دسترسی به این جمعیت کمک کننده باشد.

یک مطالعه ملی به تفکیک استانها به روش network scalup برای تخمین این جمعیت در دسترس است. تعریف به کار رفته در این مطالعه (حداقل یک رابطه جنسی در طی سال گذشته در ازای دریافت پول/کالا یا ...) اگرچه می‌تواند تا حدودی راهگشا باشد اما نه تنها دقیقاً تعریفی نیست که بتواند متناسب با ریسک اچ‌آی‌وی باشد و به نظر می‌رسد برای گروه هدف مد نظر برنامه بیش شماری دارد؛ بلکه این مطالعه نیازمند به روز رسانی و اعمال ضریب تصحیح دارد. مطالعه دوم در این خصوص انجام شده که هنوز نتایج آن منتشر نشده است و مطالعه زیستی رفتاری در این جمعیت به روز رسانی نشده است. مطالعات موجود تنها در سطح ملی است و تفکیک استانی ندارد.

مردان در معرض بیشترین آسیب

اگر چه این گروه نیز یکی از گروه‌های هدف اصلی برنامه چهارم هستند، اما موانع قانونی و فرهنگی دسترسی به این گروه هدف را با مشکل جدی مواجه ساخته است. این موانع در حدی است که حتی برای نامگذاری این جمعیت ناگزیر از استفاده از عبارات و اصطلاحاتی مترداف شده‌ایم. سیستم‌های ارائه خدمات به این گروه بسیار نوپا است. در قوانین جاری کشور لواط جرم است و حکم آن سنگسار است. از آنجا که این حکم، شرعی است به نظر نمی‌رسد تغییر آن امکان پذیر باشد.

یک مطالعه ملی به تفکیک استانها به روش network scalup برای تخمین این جمعیت در دسترس است. تعریف به کار رفته در این مطالعه (حداقل یک رابطه جنسی در طی سال گذشته) اگرچه می‌تواند تا حدودی راهگشا باشد؛ این مطالعه نیازمند به روز رسانی و اعمال ضریب تصحیح دارد. مطالعه دوم در این خصوص انجام شده که هنوز نتایج آن منتشر نشده است. مطالعه زیستی رفتاری در این جمعیت انجام نشده است.

مصرف کنندگان تزریقی مواد

تغییراتی که در قوانین جاری کشور داده شده است؛ امکان دسترسی به این گروه را تا حدودی راحت‌تر نموده است. (موضوع ماده 15 قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب 1376) اگر چه در صورتی که فرد به عنوان متجاهر شناخته شود طبق قانون ماده 16 دستگیر و در یکی از مراکز اقامتی اجباری نگهداری می‌شود، در برنامه چهارم مراکز اقامتی ماده 16 به عنوان یک گلوگاه برای دسترسی به جمعیت هدف در نظر گرفته شده است.

یک مطالعه ملی به تفکیک استانها به روش network scalup برای تخمین این جمعیت در دسترس است. تعریف به کار رفته در این مطالعه (حداقل یکبار تزریق در طی سال گذشته) اگر چه می‌تواند تا حدودی راهگشا باشد؛ اما برای برنامه کاهش آسیب به تخمین جمعیت تزریق کننده‌های فعال کنونی و برای برنامه تست به تخمین حداقل یکبار تزریق در طول زندگی نیاز است. مطالعه زیستی رفتاری در این جمعیت به روز رسانی نشده است. مطالعات موجود تنها در سطح ملی است و تفکیک استانی ندارد.

مصرف کنندگان مواد محرک

موانع قانونی این گروه نیز مانند گروه قبلی است به عبارت دیگر تغییراتی که در قوانین جاری کشور داده شده است، امکان دسترسی به این گروه را نیز تا حدودی راحت‌تر نموده است. (موضوع ماده 15 قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب 1376) اگر چه مانند گروه قبل در صورتی که فرد به عنوان متجاهر شناخته شود طبق قانون ماده 16 دستگیر و در یکی از مراکز اقامتی اجباری نگهداری می‌شود. یک مطالعه ملی به تفکیک استانها به روش network scalup برای تخمین این جمعیت در دسترس است. مطالعه زیستی رفتاری در این جمعیت انجام نشده است.

مبتلایان به بیماریهای آمیزشی

موانع دسترسی به این گروه عمدتاً از نوع فرهنگی است. موانع جدی قانونی در دسترسی و ارائه خدمات مراقبت و درمان به این گروه وجود ندارد. اطلاعات جمعیت این گروه مبتنی بر داده‌های گزارش‌دهی روتین جمع‌آوری می‌گردد که اغلب کم شماری دارد. این داده‌ها بر اساس تعاریف سندرمیک است که دقت کافی را نیز ندارد. مطالعه زیستی رفتاری در این جمعیت در سطح ملی و به تفکیک استانی انجام نشده است.

زندانیان

از آنجا که زندانیان نیز مانند افراد غیر زندانی می‌توانند از حقوق مراقبت و درمان بهره مند باشند، مانع قانونی جدی در دسترسی و ارائه اغلب بسته‌های خدمتی از جمله تست و مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی و مواد آگونیست وجود ندارد.

اگرچه ارائه کاندوم به زندانیان فقط در قالب ملاقات‌های شرعی امکان‌پذیر است و توزیع سرنگ و سوزن در زندان قانونی نیست و از آنجا که تعداد زندانیان در هر برش زمانی متناسب با قوانین و سیاست‌های کلان قوه قضائیه در حال تغییر است؛ تخمین جمعیت هدف خصوصاً برای برنامه‌ریزی‌های دراز مدت دچار مشکل است.

شرکای جنسی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی

مانع قانونی در این خصوص وجود ندارد. اما موانع فرهنگی و استیگمای ناشی از بیماری یکی از موانع اصلی در دسترسی به این گروه می‌باشند. تقویت برنامه‌های Partner notification در جهت کاهش اثرات این مانع کمک کننده بوده است.

افراد تراجنسی

این گروه در برنامه چهارم به عنوان یک گروه هدف نبوده و طبق مصوبه SIP مقرر شده در برنامه پنجم به عنوان یک گروه هدف جدید در نظر گرفته شوند. به نظر می‌رسد سیاست‌های کلان در خصوص ارائه خدمت به این گروه با مانع جدی مواجه نیست. تخمینی از این جمعیت در دسترس نیست. مطالعه زیستی رفتاری در این جمعیت انجام نشده است.

حیطه پنجم پیشگیری: پیشگیری دارویی قبل از تماس

با توجه به مصوبه کمیته مراقبت و درمان، سیاست کلان پیشگیری دارویی قبل از تماس تبیین و دستورالعمل‌های اجرایی آن از سال 1397 تدوین شده است.

شرکای جنسی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی

این گروه اولین گروهی بوده‌اند که از سیاست پیشگیری دارویی قبل از تماس استفاده کرده‌اند و مانعی برای این فعالیت وجود نداشته است.

علی‌رغم شروع این فعالیت به دلیل عدم وجود نظام ثبت و گزارش‌دهی، اطلاعات دقیقی در این خصوص در دسترس نیست.

مردان در معرض بیشترین آسیب

گروه اصلی دیگر که هدف انجام پیشگیری دارویی قبل از تماس هستند، مردان در معرض بیشترین آسیب هستند. این در حالی است که موانع قانونی و فرهنگی دسترسی به این گروه هدف را با مشکل جدی مواجه ساخته است. این موانع در حدی است که حتی برای نامگذاری این جمعیت ناگزیر از استفاده از عبارات و اصطلاحاتی مترداف شده‌ایم. سیستم‌های ارائه خدمات به این گروه بسیار نوپا است. در قوانین جاری کشور لواط جرم است و حکم آن سنگسار است. از آنجا که این حکم، شرعی است به نظر نمی‌رسد تغییر آن امکان پذیر باشد.

از طرف دیگر تخمینی برای افراد واجد شرایط دریافت پیشگیری قبل از تماس وجود ندارد.

زنان در معرض بیشترین آسیب

گروه اصلی دیگر که هدف انجام پیشگیری دارویی قبل از تماس هستند، زنان در معرض بیشترین آسیب هستند، این در حالی است که موانع قانونی و فرهنگی دسترسی به این گروه هدف را با مشکل جدی مواجه ساخته است. این موانع در حدی است که حتی برای نامگذاری این جمعیت ناگزیر از استفاده از عبارات و اصطلاحاتی مترداف شده‌ایم. تمهیداتی از جمله ارائه خدمات به FSW در کنار سایر زنانی که به دلیل فقر، بیکاری، بیخانمانی، بدسرپرستی و ... دچار آسیب‌های اجتماعی هستند، تا حدودی امکان ارائه خدمات را به این گروه فراهم آورده است؛ به نظر می‌رسد استفاده از ابزارهای شرعی (ازدواج موقت) شاید در دسترسی به جمعیت کمک کننده باشد.

از طرف دیگر تخمینی برای افراد واجد شرایط دریافت پیشگیری قبل از تماس وجود ندارد.

2. Develop or revise national targets and road map for HIV prevention 2020

مقدمه

در این بخش ضمن معرفی بخش‌های مرتبط با پیشگیری در چهارمین برنامه استراتژیک، به تغییراتی که مصوبه SIP بوده نیز اشاره می‌شود. ضمن آنکه کلیاتی از آنچه در تدوین پنجمین برنامه وجود دارد نیز به آن اضافه می‌شود.

اهداف نهایی برنامه

این اهداف در برنامه چهارم، مبتنی بر نتایج تحلیل وضعیت اپیدمی و استفاده از نتایج برنامه‌های قبلی ملی و تجارب بین‌المللی تبیین شده‌اند. اهداف نهایی عمدتاً در حیطه کاهش بروز موارد جدید و کاهش مرگ و میر تعیین شده‌اند.

بر اساس نتایج تحقیقات و نظام مراقبت رفتاری موجود، کشور در مرحله اپیدمی متمرکز در سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد قرار دارد و شواهدی حاکی از افزایش روند انتقال جنسی نیز در دست است. لذا اهداف نهایی در برنامه چهارم در حیطه‌های زیر تعیین شد:

1. شیوع در جامعه عمومی
2. شیوع در گروه در معرض خطر انتقال از طریق تزریق
3. شیوع در گروه در معرض خطر انتقال جنسی

لازم به ذکر است هدف نهایی دیگری در برنامه چهارم وجود دارد (پیشگیری از انتقال مادر به کودک) که علی‌رغم اینکه در برنامه ملی استراتژیک جزو حیطه پیشگیری تعیین شده است اما از آنجا که در حیطه‌های 2 و 5 پیشگیری نیست در این بخش به آن اشاره نشده است.

در چهارمین برنامه ملی، اهداف مبتنی بر شیوع و به شرح زیر تعیین شده‌اند:

1. تا پایان سال 1398 شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از 0.15٪ باقی بماند.
2. تا پایان سال 1398 شیوع ابتلا به عفونت HIV در مصرف کنندگان تزریقی کشور به کمتر از 13٪ کاهش یابد.
3. تا پایان سال 1398 شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از 5٪ باقی بماند.

*مقرر شده است در برنامه پنجم میزان بروز در جمعیت عمومی جایگزین میزان شیوع شود و منطبق با اهداف تعیین شده کمیته ائتلاف تا پایان سال 1403 کاهش میزان بروز در نظر گرفته می‌شود.

اهداف میان مدت برنامه

این اهداف در برنامه چهارم مبتنی بر نتایج تحلیل وضعیت اپیدمی و استفاده از نتایج برنامه‌های قبلی ملی و تجارب بین‌المللی تبیین شده‌اند. برای هر هدف نهایی بین یک تا چند هدف میان مدت تعیین شده است؛ اهداف میان مدت عمدتاً در حیطه تغییرات نگرشی و یا رفتاری می‌باشند.

بر اساس نتایج تحقیقات و نظام مراقبت رفتاری موجود، کشور در مرحله اپیدمی متمرکز در سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد قرار دارد و شواهدی حاکی از افزایش روند انتقال جنسی نیز در دست است. لذا اهداف میان مدت در حیطه‌های زیر تعیین شد:

1. شیوع در جامعه عمومی:

1. شاخص‌های آگاهی و نگرش جامعه عمومی
 2. شاخص‌های رفتاری مرتبط با استفاده از کاندوم
- ### 2. شیوع در گروه در معرض خطر انتقال از طریق تزریق:

1. آگاهی و نگرش مصرف کنندگان تزریقی
2. استفاده از وسائل استریل برای تزریق
3. استفاده از کاندوم در مصرف کنندگان تزریقی مواد

3. شیوع در گروه در معرض خطر انتقال جنسی:

1. آگاهی و نگرش افراد در معرض خطر انتقال جنسی
2. استفاده از کاندوم در افراد در معرض خطر انتقال جنسی

1. تا پایان سال 1398، شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از 0.15 درصد باقی بماند.

1. تا پایان سال 1398، حداقل 30٪ افراد 15 تا 49 ساله بتوانند هم‌روشن‌های پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم‌باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند.
2. تا پایان سال 1398، حداقل 65٪ افراد بالای 15 سال که در 12 ماه گذشته با بیش از یک نفر تماس جنسی داشته‌اند در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند.

2. تا پایان سال 1398، شیوع ابتلا به عفونت HIV در مصرف کنندگان تزریقی کشور به کمتر از 13 درصد کاهش یابد.

3. تا پایان سال 1398، حداقل 41٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد بتوانند هم‌روشن‌های پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم‌باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند.

4. تا پایان سال 1398، حداقل 90٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در آخرین بارتزریق از وسائل استریل و غیر مشترک در مصرف مواد استفاده کنند.

5. تا پایان سال 1398، حداقل 73٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در 12 ماه گذشته در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند. (عدد پایه در تماس جنسی با شریک جنسی پولی است)

3. تا پایان سال 1398، شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از 5 درصد باقی بماند.

6. تا پایان سال 1398، درصد افراد در معرض خطر انتقال جنسی که می‌توانند هم‌روشن‌های پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم‌باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند، 20٪ نسبت به عدد پایه افزایش یابد.

7. تا پایان سال 1398، درصد افراد در معرض بیشترین خطر انتقال جنسی که در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند 20٪ افزایش یابد.

8. تا پایان سال 1398، 10٪ درصد افراد در معرض خطر انتقال جنسی مبتلا به بیماریهای آمیزشی تشخیص داده شده و تحت درمان استاندارد قرار گرفته باشند.

استراتژیهای برنامه

این راهبردها مبتنی بر نتایج تحلیل وضعیت اپیدمی و استفاده از نتایج برنامه‌های قبلی ملی و تجارب بین‌المللی تبیین شده‌اند. استراتژیها بر مبنای ماتریس حاصل از گروه

| ماتریس تعیین استراتژیها مبتنی بر سطوح پیشگیری به تفکیک جمعیت‌های کلیدی (لازم به ذکر است گروه‌های هدف برنامه چهارم بیش از جمعیت‌های کلیدی تعیین شده در حیطه دوم پیشگیری کمیته ائتلاف هستند.) | | | | | |
|--|---------------|--|--|-------------------------|---|
| گروه‌های هدف | پیشگیری اولیه | پیشگیری سطح اول | پیشگیری سطح دوم | پیشگیری سطح سوم | |
| زندانیان: | | آموزش کاهش آسیب | تشخیص اچ‌آی‌وی | مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی | 1 |
| سوء مصرف‌کنندگان تزریقی مواد: | | آموزش کاهش آسیب ترویج استفاده از کاندوم غربالگری بیماریهای آمیزشی | مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی - تشخیص اچ‌آی‌وی | | 2 |

| ماتریس تعیین استراتژیها مبتنی بر سطوح پیشگیری به تفکیک جمعیت‌های کلیدی (لازم به ذکر است گروه‌های هدف برنامه چهارم بیش از جمعیت‌های کلیدی تعیین شده در حیطه دوم پیشگیری کمیته ائتلاف هستند.) | | | | | |
|--|---------------------------------|---|--|-----------------|--|
| گروه های هدف | پیشگیری اولیه | پیشگیری سطح اول | پیشگیری سطح دوم | پیشگیری سطح سوم | |
| 3 | سوء مصرف کنندگان مواد محرک: | آموزش ترویج استفاده از کاندوم غربالگری بیماریهای آمیزشی | مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی - تشخیص اچ‌آی‌وی | | |
| 4 | زنان در معرض خطر بیشترین آسیب: | آموزش ترویج استفاده از کاندوم غربالگری بیماریهای آمیزشی | مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی - تشخیص اچ‌آی‌وی | | |
| 5 | همسر مبتلایان به اچ آی وی: | آموزش ترویج استفاده از کاندوم غربالگری بیماریهای آمیزشی | مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی - تشخیص اچ‌آی‌وی | | |
| 6 | مردان در معرض خطر بیشترین آسیب: | آموزش ترویج استفاده از کاندوم غربالگری بیماریهای آمیزشی | مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی - تشخیص اچ‌آی‌وی | | |
| 7 | مبتلایان به بیماریهای آمیزشی: | 8 | مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی - تشخیص اچ‌آی‌وی | | |

در بحث تعیین استراتژیها علاوه بر استراتژیهای مرتبط با هر گروه، استراتژی ایجاد نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و پژوهش‌های کاربردی به منظور تعیین وضعیت موجود و ارزیابی شاخص‌های میزان پیشرفت برنامه و استراتژی تقویت زیر ساخت‌های لازم به منظور فراهم آوردن امکان عملیاتی نمودن فعالیتهای مرتبط با اهداف هر استراتژی؛ دو استراتژی مهمی هستند که مد نظر قرار خواهند گرفت.

01. آموزش و اطلاع رسانی

02. پیشگیری از انتقال خون و تامین سلامت خون

03. پیشگیری از انتقال تزریقی و کاهش آسیب

04. پیشگیری از انتقال جنسی و ترویج استفاده از کاندوم

05. تشخیص، مراقبت و درمان STI

06. توصیه به انجام تست، مشاوره و آزمایش تشخیصی اچ‌آی‌وی

07. پیشگیری از طریق انتقال مادر به کودک

08. مراقبت و درمان افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی

09. حمایت و توانمند سازی

10. تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده‌ها

11. تقویت زیرساخت‌ها

*مقرر گردید در برنامه پنجم استراتژی پیشگیری دارویی انتقال اچ‌آی‌وی به استراتژیهای برنامه اضافه شود.

اهداف سالیانه (کوتاه مدت)

این اهداف که عمدتاً اهداف پوششی و سالیانه هستند مبتنی بر نتایج تحلیل وضعیت اپیدمی و استفاده از نتایج برنامه‌های قبلی ملی و تجارب بین المللی تبیین شده‌اند. برای هر هدف میانی، بین یک تا چند هدف سالیانه تعیین شده است.

مبنای اصلی در تبیین این اهداف، زیر گروه‌های جمعیتی و نیازهای آنها به بسته‌های خدمات برای نیل به اهداف میان مدت می باشد. به این ترتیب اجزاء اصلی هر بسته خدمت در اهداف کوتاه مدت، در راستای اهداف میان مدت و نهایی برنامه تعیین شد.

علاوه بر این در این بخش از برنامه، مبتنی بر رسالت سازمانی شرکای برنامه، متولی و یا متولیان هر هدف تعیین شدند. در صورتی که برای یک هدف بیش از یک سازمان متولی وجود داشته باشد سهم هر سازمان در پوشش مرتبط با هدف مذکور مشخص شده است.

01. آموزش و اطلاع رسانی

S01 O17 حداقل 60٪ از زندانیان با اقامت بیش از 10 روز در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، اصول کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.

S01 O18 حداقل 20٪ از همسر زندانیان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، نحوه مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.

- S01 O26** حداقل 45٪ مصرف کنندگان مواد تزریقی در سال تحت پوشش آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، راههای کاهش آسیب و روش صحیح استفاده از کاندوم قرار گیرند.
- S01 O27** حداقل 40٪ زنان در معرض بیشترین آسیب، در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، راههای کاهش آسیب و استفاده صحیح از کاندوم قرار گیرند.
- S01 O28** حداقل 5٪ مردان در معرض بیشترین آسیب، در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، راههای کاهش آسیب و استفاده صحیح از کاندوم قرار گیرند.

03. پیشگیری از انتقال تزریقی و کاهش آسیب

- S03 O01** تا پایان برنامه 45٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد به خدمات رایگان سرنگ و سوزن دسترسی داشته باشند.
- S03 O02** حداقل 20٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد تا پایان برنامه به صورت هفتگی سرنگ و سوزن رایگان را دریافت کنند.
- S03 O03** حداقل 12٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین از برنامه کاهش آسیب قرار گیرند.
- S03 O04** حداقل 15٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی زندانی تا پایان برنامه به صورت دوره‌ای سرنگ و سوزن رایگان دریافت کنند.
- S03 O05** حداقل 40٪ زندانیان مصرف کننده مواد تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین قرار گیرند.
- S03 O06** حداقل 80٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به HIV شناخته شده تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند.

04. پیشگیری از انتقال جنسی و ترویج استفاده از کاندوم

- S04 O01** 100٪ افراد متقاضی کاندوم، (بالای 15 سال) براحتی امکان تهیه کاندوم را داشته باشند.
- S04 O02** تا پایان برنامه 40٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند.
- S04 O03** تا پایان برنامه 20٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب هر ماه کاندوم رایگان دریافت کرده باشند.
- S04 O04** تا پایان برنامه 5٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند.
- S04 O05** تا پایان برنامه 3٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب هر ماه کاندوم رایگان دریافت کرده باشند.

| | |
|---------|---|
| S04 O06 | تا پایان برنامه 10٪ از همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. |
| S04 O07 | تا پایان برنامه 65٪ از همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. |
| S04 O08 | 100٪ زندانها امکان دسترسی به کاندوم در ملاقاتهای شرعی برای زندانیان وجود داشته باشد. |
| S04 O10 | حداقل 4٪ مصرف کنندگان مواد محرک تا پایان برنامه تحت پوشش بسته استاندارد کاهش آسیب مواد محرک قرار گیرند. |
| S04 O11 | حداقل 45٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه به کاندوم رایگان را دسترسی داشته باشند. |

05. تشخیص، مراقبت و درمان STI

| | |
|---------|--|
| S05 O01 | تا پایان برنامه 40٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب تحت معاینات دوره‌ای بیماریهای آمیزشی و درمان استاندارد قرار گیرند. |
| S05 O02 | تا پایان برنامه 5٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب تحت معاینات دوره‌ای بیماریهای آمیزشی و درمان استاندارد قرار گیرند. |
| S05 O03 | حداقل 60٪ بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی وزارت بهداشت تا پایان برنامه مطابق استاندارد تحت پوشش استفاده از کاندوم قرار گیرند. |

06. توصیه به انجام تست، مشاوره و آزمایش تشخیصی اچ‌آی‌وی

| | |
|---------|--|
| S06 O03 | حداقل 65٪ همسر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار گیرند. |
| S06 O04 | حداقل 10٪ همسر سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار گیرند. |
| S06 O07 | حداقل 40٪ زندانیان در بدو ورود پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی، مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. |
| S06 O08 | حداقل 95٪ زندانیان دارای تست مثبت اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار گیرند. |
| S06 O13 | حداقل 60٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. |
| S06 O14 | حداقل 90٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی موارد دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار گیرند. |

| | | |
|--|-----|-----|
| حدافل 50٪ زنان در معرض بیشترین آسیب، پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | S06 | O15 |
| حدافل 90٪ زنان در معرض بیشترین آسیب دارای نتیجه مثبت در تست اولیه، تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | S06 | O16 |
| حدافل 10٪ مردان در معرض بیشترین آسیب پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | S06 | O17 |
| حدافل 90٪ مردان در معرض بیشترین آسیب دارای نتیجه مثبت در تست اولیه، تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار بگیرند. | S06 | O18 |
| حدافل 45٪ مبتلایان به بیماریهای آمیزشی پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | S06 | O19 |
| حدافل 95٪ مبتلایان به بیماریهای آمیزشی دارای نتیجه مثبت در تست اولیه، تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | S06 | O20 |

10. تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها

| | | |
|--|-----|-----|
| 100٪ داده‌های مورد نیاز برنامه در قالب یک نظام منسجم و یکپارچه جمع آوری، ثبت، آنالیز شده و انتشار یابد. | S10 | O01 |
| 100٪ گروههای هدف مورد انتظار تحت دیده‌وری سرولوژیک قرار گیرند. | S10 | O02 |
| 100٪ گروههای هدف مورد انتظار تحت دیده وری رفتاری قرار گیرند. | S10 | O03 |
| 100٪ تحقیقات کاربردی در خصوص تعیین جمعیت و اهداف پایه و اثر بخشی فرآیندهای پیشگیری، مراقبت و درمان پیش بینی شده در برنامه انجام شود. | S10 | O04 |
| 100٪ تحقیقات کاربردی مورد نیاز برای تدوین برنامه مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی انجام شود. | S10 | O05 |
| 100٪ شاخصهای ارزیابی برنامه در زمان تعیین شده محاسبه، آنالیز و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابد. | S10 | O06 |

11. تقویت زیرساخت‌ها

11.1. قوانین، دستورالعمل‌ها و برنامه‌ریزی و مدیریت

| | | |
|--|-----|-----|
| قوانین و دستورالعمل‌های مرتبط با گروه‌های هدف برنامه‌های کنترل اچ‌آی‌وی مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت لزوم اصلاح شوند. | S11 | O02 |
|--|-----|-----|

| | |
|---------|--|
| S11 O09 | بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. |
| S11 O10 | بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه زنان در معرض بیشترین آسیب تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. |
| S11 O11 | بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه مردان در معرض بیشترین آسیب تهیه و سالیانه مورد بازبینی قرار گیرد. |
| S11 O12 | بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه مصرف کنندگان مواد محرک تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. |
| S11 O17 | بسته جامع دستورالعمل مشاوره و توصیه به انجام تست تدوین و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. |
| S11 O23 | دستورالعمل جامع نحوه پایش و ارزشیابی و ارزیابی فرآیندهای برنامه استراتژیک تدوین و سالیانه یکبار بازبینی قرار گیرد. |
| S11 O24 | دستورالعمل نحوه استفاده از وسائل و تجهیزات آزمایشگاهی مورد استفاده در نظام مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. |
| S11 O25 | دستورالعمل‌های بسته جامع خدمات پیشگیری، تشخیص، مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. |
| S11 O26 | دستورالعمل‌های بسته جامع خدمات مراقبت و درمان موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. |

11.2. فراهم آوردن امکان ارائه خدمات در مراکز و تیم‌های سیار

| | |
|---------|---|
| S11 O27 | 100% مراکز گذری (DIC) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه‌اندازی، تجهیز و نگهداری گردند. |
| S11 O28 | 100% مراکز سیار جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه‌اندازی، تجهیز و نگهداری گردند. |
| S11 O29 | 100% مراکز نگهداری شبانه جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه‌اندازی، تجهیز و نگهداری گردند. |
| S11 O30 | 100% تیم‌های یاری رسان (Outreach) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه‌اندازی، تجهیز و نگهداری گردند. |
| S11 O31 | تعرفه‌های لازم برای ویزیت و ارائه خدمات برای درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به پوشش 12% سوء مصرف کنندگان تزریقی، تأمین و به مراکز ارائه خدمت دولتی تحویل شود. |
| S11 O32 | تعرفه‌های لازم برای ویزیت و ارائه خدمات برای درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به پوشش 40% زندانیان مصرف کننده مواد تأمین شود. |

| | | |
|--|-----|-----|
| 100% مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند. | S11 | O33 |
| 100% تیم‌های سیار جهت ارائه خدمت به زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی گردند. | S11 | O34 |
| 100% مراکز نگهداری شبانه زنان جهت ارائه خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان به زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند. | S11 | O35 |
| 100% مراکز مشاوره و مراقبت مردان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند. | S11 | O36 |
| 100% تیم‌های سیار جهت ارائه خدمت به مردان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی گردند. | S11 | O37 |
| 100% مراکز سیار جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب و تشخیص و مراقبت ویژه کودکان خیابانی، مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز، راه‌اندازی و نگهداری گردند. | S11 | O38 |
| 100% مراکز مشاوره (VCT) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی 6 راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند. | S11 | O40 |
| 100% مراکز مشاوره و مراقبت و درمان سازمان زندانها مورد نیاز، جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی 6 و 8 راه‌اندازی، تجهیز و نگهداری گردند. | S11 | O41 |

11.3. توانمند سازی نیروهای انسانی

| | | |
|---|-----|-----|
| 100% مشاورین مورد نیاز مراکز مشاوره و مراقبت سازمان زندانها مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند. | S11 | O52 |
| 100% مشاورین مورد نیاز مراکز مشاوره و آزمایش داوطلبانه مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند. | S11 | O53 |
| 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز DIC مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند. | S11 | O54 |
| 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز سیار ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند. | S11 | O55 |
| 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز نگهداری شبانه ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند. | S11 | O56 |
| 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت تیم‌های یاری رسان مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند. | S11 | O57 |
| 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند. | S11 | O58 |

- S11 O59** 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت تیم‌های یاری رسان وابسته به مراکز زنان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند.
- S11 O60** 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت سرپناه‌های شبانه زنان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند.
- S11 O61** 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز مشاوره و مراقبت مردان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند.
- S11 O62** 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت در تیم‌های سیار جهت ارائه خدمت به مردان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند.
- S11 O63** 100% نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز سیار جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب و تشخیص و مراقبت ویژه کودکان خیابانی مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند.
- S11 O77** مربیان NGO های فعال در آموزش جوانان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.
- S11 O78** مربیان NGO های فعال در خصوص کودکان خیابانی مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.
- S11 O80** 80٪ پرسنل بهداشتی درمانی دخیل در امر تشخیص و درمان STI مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.
- S11 O81** 100% اعضا کمیته‌های استانی پایش و ارزشیابی استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.

| ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|
| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
| S01 | | 01.آموزش و اطلاع رسانی | | | | | | | | | | |
| O17 | S01 | زندانیان | زندانیان | سازمان زندانها | حداقل 60٪ از زندانیان با اقامت بیش از 10 روز در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، اصول کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند. | 40% | 45% | 50% | 55% | 60% | | |
| O26 | S01 | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 45٪ مصرف کنندگان مواد تزریقی در سال تحت پوشش آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، راههای کاهش آسیب و روش صحیح استفاده از کاندوم قرار گیرند. | 20% | 25% | 30% | 35% | 45% | | |
| O27 | S01 | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 40٪ زنان در معرض بیشترین آسیب در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، راههای کاهش آسیب و استفاده صحیح از کاندوم قرار گیرند. | 10% | 15% | 20% | 30% | 40% | | |

| ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|------|------|------|------|------|------|------|
| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
| O28 | S01 | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 5٪ مردان در معرض بیشترین آسیب در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما در خصوص HIV، راههای کاهش آسیب و استفاده صحیح از کاندوم قرار گیرند. | 0%1 | 0%5 | 1% | 3% | 5% | | |
| 03. پیشگیری از انتقال تزریقی و کاهش آسیب | | | | | | | | | | S03 | | |
| O01 | S03 | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | تا پایان برنامه 45٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد به خدمات رایگان سرنگ و سوزن دسترسی داشته باشند. | 20% | 25% | 30% | 35% | 45% | | |
| O02 | S03 | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 20٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد تا پایان برنامه به صورت هفتگی سرنگ و سوزن رایگان را دریافت کنند. | 10% | 12% | 14% | 15% | 20% | | |
| O03 | S03 | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 12٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین از برنامه کاهش آسیب قرار گیرند. | 6% | 8% | 10% | 11% | 12% | | |

| ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--|-----------------|------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|
| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
| O04 | S03 | زندانیان | زندانیان | سازمان زندانها | حداقل 15٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی زندانی تا پایان برنامه به صورت دوره‌ای سرنگ و سوزن رایگان دریافت کنند. | 0% | 0% | 0% | 10% | 15% | | |
| O05 | S03 | زندانیان | زندانیان | سازمان زندانها | حداقل 40٪ زندانیان مصرف کننده مواد تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین قرار گیرند. | 36% | 37% | 38% | 39% | 40% | | |
| O06 | S03 | مبتلایان به HIV | مبتلایان به HIV | وزارت بهداشت | حداقل 80٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به HIV شناخته شده تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند. | 60% | 65% | 70% | 75% | 80% | | |
| S04 | | 04. پیشگیری از انتقال جنسی و ترویج استفاده از کاندوم | | | | | | | | | | |
| O01 | S04 | عموم مردم | عموم مردم | وزارت بهداشت | 100٪ افراد متقاضی کاندوم (بالای 15 سال) براحتی امکان تهیه کاندوم را داشته باشند. | 60% | 75% | 80% | 90% | 100% | | |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
|-----|----------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|------|------|------|------|------|------|------|
| O02 | S04 | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | تا پایان برنامه 40٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند | 10% | 15% | 20% | 30% | 40% | | |
| O03 | S04 | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | تا پایان برنامه 20٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب هر ماه کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 5% | 8% | 10% | 15% | 20% | | |
| O04 | S04 | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت | تا پایان برنامه 5٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند. | 0/1% | 0/5% | 1% | 3% | 5% | | |
| O05 | S04 | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت | تا پایان برنامه 3٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب هر ماه کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 0/1% | 0/5% | 1% | 2% | 3% | | |
| O06 | S04 | همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد | همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | تا پایان برنامه 10٪ از همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و همراه مطابق استاندارد کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 2% | 3% | 4% | 5% | 10% | | |

| ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|
| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
| O07 | S04 | همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی | همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی | وزارت بهداشت | تا پایان برنامه 65٪ از همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 40% | 45% | 50% | 55% | 65% | | |
| O08 | S04 | زندانیان | زندانیان | سازمان زندانها | 100٪ زندانها امکان دسترسی به کاندوم در ملاقاتهای شرعی برای زندانیان وجود داشته باشد. | 80% | 85% | 90% | 95% | 100% | | |
| O10 | S04 | مصرف کنندگان مواد محرک | مصرف کنندگان مواد محرک | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 4٪ مصرف کنندگان مواد محرک تا پایان برنامه تحت پوشش بسته استاندارد کاهش آسیب مواد محرک قرار گیرند. | 0% | 1% | 2% | 3% | 4% | | |
| O11 | S04 | سوء مصرف کنندگان مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 45٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه به کاندوم رایگان دسترسی داشته باشند. | 20% | 25% | 30% | 35% | 45% | | |
| 05. تشخیص، مراقبت و درمان STI | | S05 | | | | | | | | | | |
| O01 | S05 | زنان در معرض بیشترین آسیب | مبتلایان به STI | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | تا پایان برنامه 40٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب تحت معاینات دوره‌ای بیماریهای | 10% | 15% | 20% | 30% | 40% | | |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| 1400 | 1399 | 1398 | 1397 | 1396 | 1395 | 1394 | عنوان هدف | سازمان/سازمانها ی متولی | زیرگروه هدف | گروه هدف | استراتژی | هدف |
|---|------|------|------|------|------|------|--|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------|-----|
| | | | | | | | آمیزی و درمان استاندارد قرار گیرند. | | | | | |
| | | 5% | 3% | 1% | 5%/0 | 1%/0 | تا پایان برنامه 5٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب تحت معاینات دوره‌ای بیماریهای آمیزی و درمان استاندارد قرار گیرند. | وزارت بهداشت سازمان بهبیستی | مبتلایان به STI | مردان در معرض بیشترین آسیب | S05 | O02 |
| | | 60% | 50% | 30% | 20% | 10% | حداقل 60٪ بیماران آمیزی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی وزارت بهداشت تا پایان برنامه مطابق استاندارد تحت پوشش استفاده از کاندوم قرار گیرند. | وزارت بهداشت سازمان زندانها | بیماران آمیزی | بیماران آمیزی | S05 | O03 |
| 06. توصیه به انجام تست ، مشاوره و آزمایش تشخیصی اچ‌آی‌وی | | | | | | | | | | | S06 | |
| | | 65% | 55% | 50% | 45% | 40% | حداقل 65٪ همسر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار گیرند . | وزارت بهداشت | همسر مبتلایان به اچ آی وی | همسر مبتلایان به اچ آی وی | S06 | O03 |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
|-----|----------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|------|------|------|------|------|------|------|
| O04 | S06 | همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد | همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 10٪ همسر سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار بگیرند. | 2% | 3% | 4% | 5% | 10% | | |
| O05 | S06 | زنان باردار | زنان باردار | وزارت بهداشت سازمان زندانها | حداقل 68٪ مادران باردار در سه ماهه اول بارداری پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | 17% | 18% | 20% | 40% | 68% | | |
| O07 | S06 | زندانیان | زندانیان | سازمان زندانها | حداقل 40٪ درصد زندانیان در بدو ورود پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | | |
| O08 | S06 | زندانیان | زندانیان | سازمان زندانها | حداقل 95٪ درصد زندانیان دارای تست مثبت اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار بگیرند. | 90% | 90% | 90% | 90% | 95% | | |
| O13 | S06 | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 60٪ درصد سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش | 26% | 35% | 40% | 55% | 60% | | |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
|-----|----------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | | تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | | | | | | | |
| O14 | S06 | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | وزارت بهداشت | حداقل 90٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی موارد دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار بگیرند. | 70% | 75% | 80% | 85% | 90% | | |
| O15 | S06 | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 50٪ زنان در معرض بیشترین آسیب پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | 10% | 15% | 35% | 45% | 50% | | |
| O16 | S06 | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت | حداقل 90٪ زنان در معرض بیشترین آسیب دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار بگیرند. | 70% | 75% | 80% | 85% | 90% | | |
| O17 | S06 | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | حداقل 10٪ مردان در معرض بیشترین آسیب پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند. | 1%/0 | 5%/0 | 3% | 5% | 10% | | |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| 1400 | 1399 | 1398 | 1397 | 1396 | 1395 | 1394 | عنوان هدف | سازمان/سازمانها ی متولی | زیرگروه هدف | گروه هدف | استرات ژی | هدف |
|------|------|------|------|------|------|------|--|----------------------------|-------------|----------|--------------|-----|
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% گروه‌های هدف مورد انتظار تحت دیده‌وری سرولوژیک قرار بگیرند | وزارت بهداشت | all | all | S10 | O02 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% گروه‌های هدف مورد انتظار تحت دیده‌وری رفتاری قرار گیرند. | وزارت بهداشت | all | all | S10 | O03 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% تحقیقات کاربردی در خصوص تعیین جمعیت و اهداف پایه و اثر بخشی فرآیندهای پیشگیری، مراقبت و درمان پیش بینی شده در برنامه انجام شود. | وزارت بهداشت | all | all | S10 | O04 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% تحقیقات کاربردی مورد نیاز برای تدوین برنامه مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی انجام شود | وزارت بهداشت | all | all | S10 | O05 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% شاخصهای ارزیابی برنامه در زمان تعیین شده محاسبه، آنالیز و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابد. | کمیته فنی کشوری | all | all | S10 | O06 |

3. Make institutional changes to enhance HIV prevention leadership, oversight and management

مقدمه

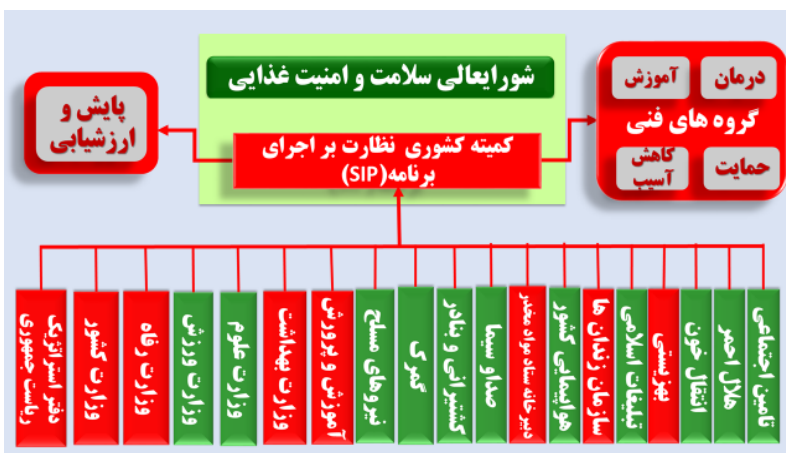
چهارمین برنامه ملی استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی جمهوری اسلامی ایران با هدف نهایی کاهش موارد جدید ابتلا به اچ‌آی‌وی و کاهش 20٪ موارد مرگ اچ‌آی‌وی مشتمل بر 5 هدف نهایی، 11 هدف بینابینی، 11 استراتژی، 187 هدف اختصاصی تدوین و در تاریخ 1394/12/03 در چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در حضور ریاست محترم جمهور به تصویب رسید.

تدوین و اجرای این برنامه حاصل مشارکت 23 وزارتخانه، سازمان و ارگان در سطوح ملی و استانی می باشد. با توجه به تعدد شرکای برنامه در پنجاه و هشتمین جلسه کارگروه تخصصی امنیت غذا و تغذیه مورخ 95/04/30 شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مصوب شد کمیته‌ای تحت عنوان کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه در سطح ملی و گروه‌های نظارت بر اجرای برنامه در سطوح استانی تشکیل شوند. این کمیته و گروه‌های استانی موظفند ضمن نظارت بر روند اجرایی این برنامه، گزارش نحوه اجرای برنامه را در فواصل زمانی تعیین شده به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح کشوری و کارگروه‌های سلامت و امنیت غذایی در سطوح استانی ارائه کنند

در این قسمت به شرح وظایف و ساختارهای نظارت بر اجرای برنامه در دو سطح کشوری و استانی پرداخته می‌شود. لازم به ذکر است ساختار کمیته‌های فنی پس از عضویت جمهوری اسلامی ایران در کمیته ائتلاف پیشگیری و با توجه به اهمیت پیشگیری تغییر کرده است که فرمت نهایی مصوب SIP در انتهای همین بخش خواهد آمد.

بخش اول : سطح ملی

مقدمه



کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه کمیته‌ای کارشناسی است که شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مأموریت نظارت بر اجرای برنامه را به آن محول نموده است. این کمیته دارای 5 گروه فنی است که در این بخش به تعاریف، ساختار و شرح وظایف اجزای این کمیته پرداخته می‌شود.

ماده 1 – تعاریف در ساختار کشوری

1-1- برنامه ملی استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی جمهوری اسلامی ایران (NSP)

برنامه‌ای است که با مشارکت 23 سازمان / وزارتخانه / نهاد تهیه و با هدف نهایی کاهش موارد جدید ابتلا به اچ‌آی‌وی و کاهش 20٪ موارد مرگ اچ‌آی‌وی تدوین و طی اسناد بالا دستی مندرج در مقدمه ابلاغ گردیده است. از این برنامه در دستورالعمل حاضر، با نام برنامه کشوری یاد می‌شود.

1-2- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

شورای مذکور بالاترین مرجع رسمی تصمیم‌گیری در حوزه سلامت و امنیت غذایی در کشور است که ریاست آن با رئیس جمهور و دبیری آن با وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. مصوبات آن برای کلیه دستگاه‌های اجرایی لازم الاجراست.

تبصره:

جلساتی از شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که به صورت ویژه به موضوع کنترل عفونت اچ‌آی‌وی می‌پردازد؛ در حکم کمیته کشوری ایدز است.

1-3- کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه (SIP¹ کشوری)

کمیته مذکور که در این دستورالعمل تحت عنوان کمیته کشوری نام برده می‌شود کمیته ای فنی متشکل از نمایندگان و کارشناسان ثابت حقیقی یا حقوقی شرکای اصلی برنامه می‌باشد که از معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ دریافت کرده‌اند.

1-4- گروه‌های تخصصی پنج‌گانه

گروه‌های تخصصی پنج‌گانه، گروه‌های تخصصی هستند که وظیفه اصلی استاندارد سازی فرآیندها و تدوین دستورالعمل‌های اجرایی برنامه استراتژیک، ارزیابی نتایج فعالیت‌های اجرایی و بازبینی اهداف برنامه را برعهده دارند. گروه‌های تخصصی پنج‌گانه، متشکل از کارشناسان شرکای اصلی برنامه بوده و زیر نظر کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه فعالیت می‌کنند. این گروه‌های تخصصی عبارتند از:

1. گروه فنی آموزش و اطلاع رسانی

2. گروه فنی کاهش آسیب

3. گروه فنی مراقبت و درمان

4. گروه فنی حمایت و توانمند سازی

5. گروه فنی پایش و ارزشیابی

1-5- شرکای برنامه

تعداد 23 دستگاه متشکل از وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای مرتبط که در مراحل تدوین برنامه مشارکت داشته و بنا به فراخور رسالت سازمانی خود، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک وظایفی را بر عهده دارند.

شرکای برنامه استراتژیک عبارتند از:

1. سازمان تأمین اجتماعی

¹ **SIP** = **S**upervising of the **I**mplementation of **P**rogram

2. جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران
 3. سازمان انتقال خون ایران
 4. سازمان بهزیستی کشور
 5. سازمان تبلیغات اسلامی
 6. سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
 7. سازمان هواپیمایی کشوری
 8. دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
 9. سازمان صدا و سیما
 10. سازمان بنادر و کشتیرانی
 11. اداره گمرک
 12. ستاد کل نیروهای مسلح
 13. وزارت آموزش و پرورش
- وزارت بهداشت:

14. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
15. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - اداره مادران
16. دفتر آموزش و ارتقاء سلامت
17. مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
18. آزمایشگاه مرجع سلامت
19. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
20. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
21. وزارت کشور
22. وزارت ورزش و جوانان
23. دفتر برنامه‌های استراتژیک ریاست جمهوری

ماده 2 - اعضای کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه ملی کنترل عفونت اچ‌آی‌وی (SIP کشوری)

نمایندگان و کارشناسان ثابت حقیقی یا حقوقی شرکای اصلی به شرح زیر می‌باشند:

1. نماینده/ نمایندگان اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت
2. نماینده/ نمایندگان اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت
3. نماینده/ نمایندگان وزارت کشور
4. نماینده/ نمایندگان وزارت آموزش و پرورش
5. نماینده/ نمایندگان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
6. نماینده/ نمایندگان سازمان بهزیستی کشور
7. نماینده/ نمایندگان دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
8. نماینده/ نمایندگان سازمان زندانها و امور تأمینی و تربیتی کشور
9. نماینده از دفتر برنامه‌های استراتژیک ریاست جمهوری

تبصره 1-2 - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت، دبیرخانه کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه بوده و رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، با عنوان رئیس دبیرخانه کمیته منصوب می‌شود.

تبصره 2-2 - دبیری کمیته کشوری با نماینده اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت است و حکم وی توسط معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صادر می‌شود.

تبصره 3-2 - احکام اعضای گروه SIP کشوری از سوی معاونت بهداشتی صادر و ابلاغ می‌گردد.

تبصره 4-2 - در صورت لزوم و بنا به پیشنهاد اعضا کمیته کشوری، افراد حقیقی به عنوان کارشناس و صاحب نظر می‌توانند به عنوان عضو ثابت / موقت کمیته معرفی شده و احکام مربوطه از سوی معاونت بهداشتی صادر و ابلاغ گردد.

ماده 3 - اهداف و شرح وظایف SIP کشوری

رئوس شرح وظایف SIP کشوری عبارت است از :

1. تعیین ساختار، شرح وظایف و اعضاء گروه‌های تخصصی پنج گانه و نظارت بر تشکیل گروه‌های تخصصی و پیگیری صورتجلسات آنها
2. تعیین الگو و فرمتی واحد برای دستورالعملها و ابلاغ به کمیته‌های فنی برای تهیه دستورالعملها
3. دریافت گزارش میزان پیشرفت برنامه از کمیته پایش و ارزشیابی و اعلام به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
4. تعیین منابع موجود برای اجرای برنامه و مقایسه با منابع پیش بینی شده در برنامه
5. بازبینی سالیانه "چهارمین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز" مبتنی بر پیشنهادات و نتایج پایش و ارزشیابی برنامه "
6. آموزش و تشکیل گروه‌های استانی نظارت بر اجرای برنامه
7. تهیه برش سازمانی برنامه و ابلاغ به شرکای برنامه

تبصره 1-3 : مکاتبات SIP های کشوری، از طریق مرکز مدیریت بیماریهای واگیر با عنوان دبیرخانه کمیته نظارت بر اجرای برنامه انجام خواهد شد.

تبصره 2-3 : جلسات کمیته کشوری SIP تا زمان تشکیل گروه‌های تخصصی پنج گانه و گروه‌های استانی به صورت ماهیانه و پس از آن حداکثر هر سه ماه یکبار خواهد بود.

تبصره 3-3 - مطابق مصوبه شماره 3 جلسه ششم کارگروه کاهش عوامل تهدید کننده سلامت مورخه 1395/8/19، کلیه مصوبات و دستورالعمل‌های کمیته کشوری SIP برای کلیه شرکای برنامه در سطح ملی و استانی لازم الاجرا است.

ماده 4 – نحوه شکل‌گیری و ساختار گروه‌های فنی پنج‌گانه

گروه‌های فنی پنج‌گانه که با هدف استاندارد سازی و یکسان سازی فرآیندهای اجرایی و ارزیابی مستمر تحقق اهداف مرتبط را بر عهده دارند، فقط در سطح کشوری تشکیل می‌شوند و متناظر استانی ندارند.

4-1- تهیه برش‌های تخصصی برنامه استراتژیک (NSP)

در گام نخست کمیته کشوری SIP اهداف سالیانه برنامه استراتژیک بر حسب موضوع به پنج دسته فنی آموزش و اطلاع‌رسانی، کاهش آسیب، مراقبت و درمان، حمایت و توانمندسازی و پایش و ارزشیابی تقسیم می‌کنند. و 5 گروه تخصصی متناظر مسئولیت پیگیری فنی اجرایی شدن این اهداف را بر عهده خواهند داشت.

4-2- تعیین ساختار زیرگروه‌های فنی در گروه‌های تخصصی

با توجه به تخصصی بودن تعدادی از اهداف در هر گروه تخصصی، گروه‌های تخصصی به شرح زیر دارای زیرگروه‌های فنی هستند:

1. گروه فنی آموزش و اطلاع‌رسانی:

1. زیرگروه تخصصی اطلاع‌رسانی عمومی
2. زیرگروه تخصصی آموزش تخصصی گروه‌های هدف

2. گروه فنی مراقبت و درمان:

1. زیرگروه تخصصی علمی
2. زیرگروه تخصصی اجرایی

3. گروه فنی کاهش آسیب:

1. زیرگروه تخصصی سوء مصرف مواد
2. زیرگروه تخصصی روابط جنسی

4. گروه فنی حمایت و توانمندسازی:

5. گروه فنی پایش و ارزشیابی:

1. زیرگروه تخصصی مراقبت اپیدمیولوژیک (شاخص‌های Impact و Outcome)
2. زیرگروه ارزیابی تخصصی اهداف کوتاه مدت (شاخص Input, Output)
3. زیرگروه ارزیابی تخصصی فرآیندهای اجرایی (شاخص Process)

4-3- تعیین اعضای گروه‌های فنی

از آنجا که در برنامه استراتژیک سهم هر یک از شرکای برنامه برای هر یک از اهداف اختصاصی تعیین شده است، بدیهی است در هر گروه فنی نماینده تام‌الاختیار سازمان‌های مسئول برای اهداف اختصاصی مربوط به آن گروه، از اعضای ثابت گروه فنی هستند. هر گروه فنی بنا به صلاحدید و ضرورت می‌تواند علاوه بر اعضای اصلی، برای

عضویت ثابت و یا موقت افراد حقیقی و یا حقوقی به SIP کشوری پیشنهاد داده و در صورت تصویب، به اعضا گروه فنی اضافه خواهند شد.

4-4- تعیین دبیر گروه‌های فنی

دبیر هر گروه فنی، وظیفه هماهنگی و پیگیری تشکیل جلسات فنی و گزارش عملکرد گروه فنی و زیر گروه‌های تخصصی مربوطه را به SIP کشوری را بر عهده دارد. در ابتدا دبیر موقت هر گروه توسط SIP کشوری تعیین شده و از معاونت محترم بهداشتی وزارت بهداشت ابلاغ دریافت می‌کند. دبیران موقت اولین جلسه گروه فنی را با اعضا ثابت هر گروه تشکیل داده و در همان جلسه در صورت لزوم دبیر دیگری با رای اعضا گروه فنی تعیین و یا دبیر موقت ابقا گردد. در صورت تغییر دبیر موقت، مراتب جهت دریافت ابلاغ جدید از معاونت بهداشتی به SIP کشوری اعلام می‌گردد.

4-5- اهداف و شرح وظایف گروه‌های فنی:

- 1- تهیه راهنمای عمل جهت اجرائی نمودن اهداف اختصاصی مطابق فرمت استاندارد ارائه شده توسط کمیته نظارت بر اجرای برنامه (SIP)
 - 2- تهیه محتواهای آموزشی مرتبط با گروه‌های هدف و ارائه دهندگان خدمت مطابق اهداف اختصاصی برنامه چهارم
 - 3- جمع‌آوری و یا تهیه پیشنهاد جهت تغییر در اهداف و فعالیت‌های اصلی برنامه استراتژیک در حین اجرا برنامه و ارائه به کمیته نظارت بر اجرای برنامه (SIP)
 - 4- مشارکت با گروه تخصصی پایش و ارزشیابی در تعیین شاخص‌های پایش و ارزشیابی و روش‌ها و ابزارهای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای هر شاخص
 - 5- همکاری با گروه فنی پایش و ارزشیابی در محاسبه شاخص‌های پایش و ارزشیابی مرتبط با هر یک از اهداف اختصاصی هر سه ماه یکبار و گزارش تحلیل به عمل آمده شاخص‌ها به کمیته نظارت بر اجرای برنامه (SIP)
- تبصره: برنامه زمان بندی تشکیل جلسات فنی و زیر گروه‌های تخصصی مربوطه و کلیه مصوبات گروه‌های فنی به کمیته نظارت بر اجرای برنامه (SIP) ارائه شده و پس از تصویب نهایی توسط آن کمیته به صورت دستورالعمل و بخشنامه‌های اجرائی لازم الاجرا به کلیه سازمانها و ارگانها و گروه‌های نظارت بر اجرای برنامه استانی ابلاغ می‌گردد.

ماده 5 – نحوه مشارکت سازمانهای شریک برنامه

در برنامه ملی استراتژیک نقش و سهم هر سازمان به صورت دقیق مشخص شده است، کارشناسان سازمانها در سطح ملی بر حسب اهداف در گروه‌های تخصصی عضو هستند و در قالب گروه‌های تخصصی در تدوین دستورالعمل‌ها و استانداردها و استانداردها شدن خدمات و نظام‌های ثبت و گزارش دهی مشارکت دارند. سازمانها موظف هستند:

1. دستورالعمل‌های ابلاغ شده توسط SIP کشوری را به سطوح اجرایی و استانی سازمان متبوع ابلاغ کنند.

تبصره:

جلسات کارگروه سلامت و امنیت غذایی که به صورت ویژه به موضوع کنترل عفونت اچ‌آی‌وی می‌پردازد، در حکم کمیته استانی ایدز است. در این جلسات حضور کلیه شرکای برنامه استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی ضروری می‌باشد.

6-2- گروه استانی نظارت بر اجرای برنامه (SIP استانی)

متناظر کمیته کشوری یک گروه کارشناسی متشکل از نمایندگان و کارشناسان سازمانهای مندرج در ماده 2 است که دوره آموزشی مدون سه روزه «نحوه اجرایی نمودن و پایش و ارزشیابی چهارمین برنامه استراتژیک» را با موفقیت گذرانده و به عنوان عضو شبکه های SIP استانی انتخاب شده‌اند. این گروه ذیل کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان فعالیت می‌کند.

6-3- گروه فرعی استانی نظارت بر اجرای برنامه (SIP فرعی استانی)

استانهایی که به غیر از شهرستان مرکز استان در سایر شهرستانهای استان دارای دانشگاه علوم پزشکی هستند، یک گروه کارشناسی متشکل از نمایندگان ادارات و سازمانهای متناظر SIP استانی تشکیل می‌شود. این گروه زیر نظر SIP استانی فعالیت خواهد کرد.

ماده 7 - اعضای گروه استانی نظارت بر اجرای برنامه ملی کنترل عفونت اچ‌آی‌وی (SIP استانی)

اعضای SIP استانی عبارتند از:

1. نماینده دفتر امور اجتماعی و فرهنگی استانداری
2. نماینده ایدز معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان
3. نماینده اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان
4. نماینده اداره کل آموزش و پرورش استان
5. نماینده اداره بهداشت و درمان اداره کل زندانها و اقدامات تامینی و تربیتی استان
6. نماینده اداره کل بهزیستی استان
7. نماینده دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان
8. نماینده اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان
9. دبیر SIP های فرعی استانی شهرستانهای دارای دانشگاه علوم پزشکی

تبصره 1-2 - دبیری گروه استانی برعهده معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان است که با حکم از سوی رئیس کارگروه سلامت و امنیت غذایی انتصاب می‌گردد و قابل تفویض به یکی از اعضای دوره دیده گروه SIP استانی می‌باشد.

تبصره 2-2- احکام اعضای گروه SIP استانی از سوی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی صادر و ابلاغ می‌گردد.

تبصره 3-2- اعضای SIP استانی می‌بایست دوره آموزشی مدون سه روزه «نحوه اجرایی نمودن و پایش و ارزشیابی چهارمین برنامه استراتژیک» را با موفقیت گذرانده باشند. در صورت تغییر اعضا دوره دیده، مسئولیت آموزش نیروی جدید بر عهده عضو متناظر در SIP کشوری است.

تبصره 4-2- در استانهایی که دارای بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی هستند لازم است در هر شهرستان که دارای دانشگاه علوم پزشکی میباشد اقدام به تشکیل SIP های فرعی نمایند.

ماده 8 - اهداف و شرح وظایف SIP استانی

رئوس شرح وظایف SIP استانی عبارت است از:

1. تهیه برش استانی برنامه استراتژیک منطبق بر برنامه استراتژیک کشوری و ابلاغ به SIP کشوری
2. تعیین سهم هر سازمان در برنامه استراتژیک استانی و ارائه به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان جهت ابلاغ به سازمانهای شریک برنامه
3. جمع‌آوری و ارائه پیشنهادهای اصلاحی در راستای بازبینی برنامه‌ی چهارم و اعلام به SIP کشوری
4. بررسی ظرفیت و زیرساخت‌های موجود در استان برای تأمین منابع اجرای برنامه
5. بررسی و تبیین راهکار برای رفع موانع و مشکلات اجرای برنامه در استان
6. انعکاس موانع و مشکلات اجرایی برنامه و راهکارهای کارشناسی به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
7. انعکاس مشکلات و موانع لاینحل اجرای برنامه در استان به SIP کشوری و پیگیری تا وصول نتیجه
8. تهیه و ارسال مصوبات SIP استانی و گزارش ادواری از روند اجرای برنامه به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و SIP کشوری
9. جمع‌آوری سه ماهه داده‌های پایش و ارزشیابی، محاسبه، تجزیه و تحلیل شاخص‌های استانی و ارائه گزارش به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و SIP کشوری
10. آموزش و نظارت بر عملکرد SIP های فرعی استانی (آموزش سایر اعضا SIP های فرعی برعهده سازمان متبوع خود در SIP استانی است)

تبصره 1-3: مکاتبات SIP های استانی، از طریق معاونت بهداشتی با دبیرخانه SIP کشوری در مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت انجام خواهد شد. بدیهی است مکاتبات SIP های فرعی استانی از طریق معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه با دبیرخانه SIP استانی (معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان) انجام خواهد شد.

تبصره 2-3: جلسات کمیته تا زمان تهیه برش استانی و ابلاغ سهم سازمانی شرکای برنامه مندرج در بند 1 و 2 ذیل ماده 3 به صورت ماهیانه و پس از آن حداکثر هر سه ماه یکبار خواهد بود.

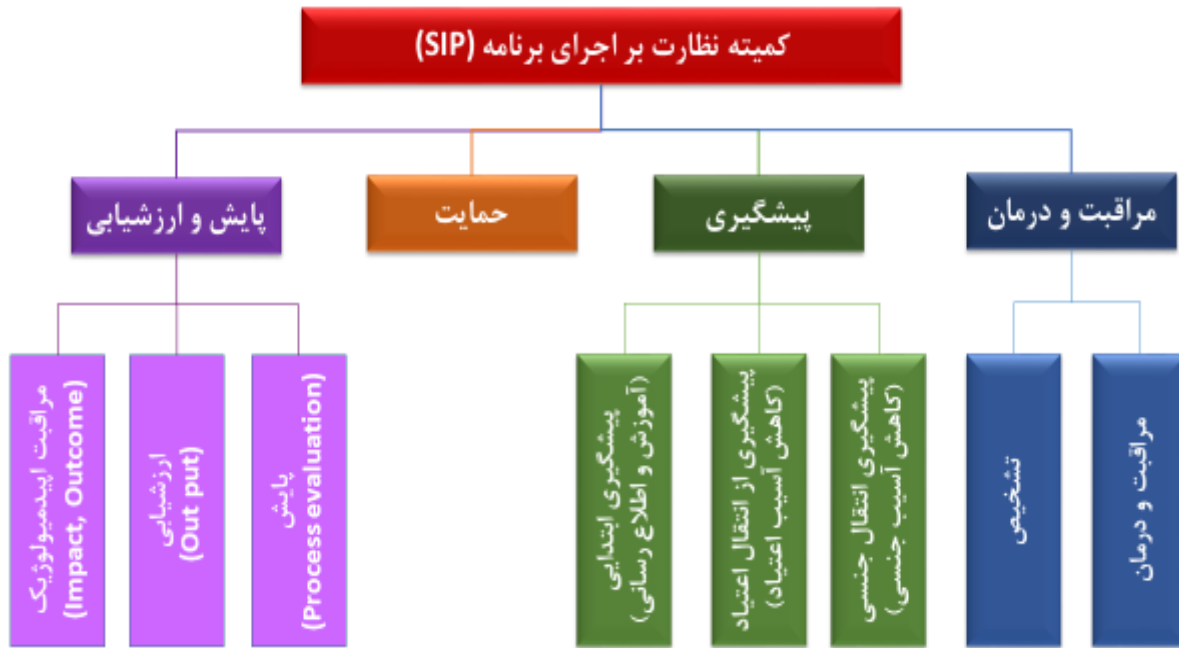
1. استانداری (عضو SIP استانی)
2. دانشگاه علوم پزشکی (عضو SIP استانی)
3. اداره کل زندانها و امور تامینی و تربیتی (عضو SIP استانی)
4. اداره کل بهزیستی (عضو SIP استانی)
5. اداره کل آموزش و پرورش (عضو SIP استانی)
6. اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی (عضو SIP استانی)
7. شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر (عضو SIP استانی)
8. اداره امور آزمایشگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی
9. اداره کل تامین اجتماعی استان
10. جمعیت هلال احمر استان
11. سازمان انتقال خون استان
12. سازمان تبلیغات اسلامی استان
13. سازمان هواپیمایی استان
14. صدا و سیما استان
15. اداره کل بنادر و دریانوردی استان
16. اداره کل گمرک استان
17. نیروهای مسلح استان
18. دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی
19. اداره کل ورزش و جوانان

ماده 9: بازبینی و اصلاح دستورالعمل

9-1 بازبینی و اصلاح این دستورالعمل بر اساس بازخوردهای کشوری و استانی در سالهای اول و دوم برنامه امکان پذیر خواهد بود و پس از آن متناسب با بازبینی سالیانه برنامه و در صورت لزوم تغییرات اعمال می‌شود

در سال 1398، و به دنبال عضویت جمهوری اسلامی ایران در کمیته ائتلاف پیشگیری، ساختار کمیته‌های فنی SIP به شرح زیر تغییر یافت:

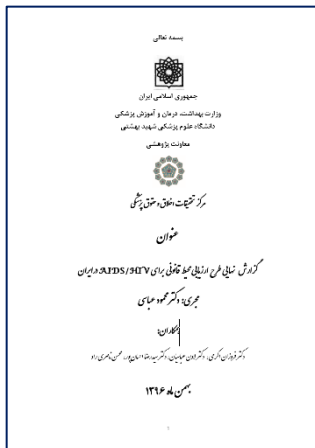
ساختار گروه‌ها و زیر گروه‌های فنی کمیته نظارت بر اجرای برنامه



4. Introduce the necessary legal and policy changes to create an enabling environment for prevention programmes

مقدمه

مطالب این بخش عیناً از نتیجه تحقیق "طرح ارزیابی محیط قانونی برای AIDS/HIV در ایران" که در سال 1396 توسط مرکز اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و به سفارش UNAIDS انجام شده است اقتباس شده است



نوع مطالعه

این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد چند روشی^۲ است که به ترکیبی از روش‌ها که حاصل آن داده‌هایی از یک نوع است، اطلاق می‌گردد. استفاده از ترکیبی از روش‌ها سبب افزایش اعتبار نتایج تحقیق می‌گردد. در این مطالعه، داده‌های حاصل از بخش‌های مختلف مطالعه از نوع کیفی می‌باشد.

روش اجرا

الف: تشکیل کمیته راهبری متشکل از افراد زیر (9 نفر):

- متخصص حقوق پزشکی
- متخصص اخلاق زیست پزشکی
- متخصص حقوق کیفری
- متخصص عفونی - پزشک مرکز مشاوره بیمارهای رفتاری
- متخصص پزشکی اجتماعی
- متخصص برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز در ایران
- روانشناس بالینی
- جامعه شناس
- مدیریت اجرایی

ب- شناخت وضعیت موجود شامل:

- جستجوی هدفمند دستی و اینترنتی، و مطالعه تطبیقی قوانین ملی و بین‌المللی
- شناسایی سازمان‌های ذینفع اصلی
- برگزاری جلسات بحث و مصاحبه‌های فردی

ج- جهت گیری: مروری بر قوانین موجود و مصاحبه با خبرگان سازمان‌های درگیر، دلالت بر ضمنی بودن و از تاریخ گذشتگی قوانین موجود، و وجود رخنه‌ها و شکاف‌های قانونی برای پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی/ایدز و حمایت از افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند، می‌باشد.

د- تعیین حوزه‌های حقوقی اولویت‌دار: براساس تغییرات اجتماعی، ذیل چارچوب حقوق بین الملل، قانون اساسی و منشور حقوق شهروندی کشور

1. حق بر عدم انگ زدن (Right to non-stigmatization)

1.1.1.1. قوانین حمایتی

1.1.1.1.1. طبق بند 2 اصل 3 قانون اساسی، دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است همه امکانات خود را برای بالا بردن سطح آگاهی‌های عمومی در همه زمینه‌ها با استفاده صحیح از مطبوعات و رسانه‌های گروهی و وسایل دیگر به کار برد.

1.1.1.1.2. مطابق با بند 1 اصل 21 قانون اساسی، دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات بارعایت موازین اسلامی تضمین نماید و زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیای حقوق مادی و معنوی او ایجاد کند.

1.1.1.2. قوانین بازدارنده

تصریح نشده است.

2. حق بر عدم تبعیض (Right to non-discrimination)

2.1.1. قوانین حمایتی

2.1.1.1.1. طبق بند ب اصل 2 قانون اساسی، قانون تجارت الکترونیک (1382)، ماده 38 قانون مدیریت خدمات کشوری (1386)، قانون جرائم رایانه‌ای (1388) و بند 15 سیاست‌های کلی نظام اداری (1389) و ماده 34 منشور حقوق شهروندی (1395)، حق شهروندان است که از مزایای دولت الکترونیک و تجارت الکترونیک، فرصت‌های آموزشی و توانمندسازی کاربران به صورت غیر تبعیض‌آمیز برخوردار شوند.

2.1.1.2. قوانین بازدارنده

2.1.1.2.1. طبق اصول 3، 13، 19، 20 و 30 قانون اساسی، قانون نحوه اجرای اصل 48 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (1380)، سیاست‌های کلی آمایش سرزمین (1390) و قانون مدیریت خدمات کشوری (1386)، بند 1 اصل 43 قانون اساسی و ماده 8 منشور حقوق شهروندی (1395)، اعمال هرگونه تبعیض ناروا به‌ویژه در دسترسی شهروندان به خدمات عمومی نظیر خدمات بهداشتی و فرصت‌های شغلی و آموزشی ممنوع است. دولت باید از هرگونه تصمیم و اقدام منجر به فاصله طبقاتی و تبعیض ناروا و محرومیت از حقوق شهروندی، خودداری کند.

2.1.1.2.2. مطابق با بخشنامه وزارت آموزش و پرورش، عدم ثبت نام مبتلایان به اچ‌آی‌وی / ایدز در مدارس ممنوع است.

3. حق بر سکونت و تأمین اجتماعی (Right to residence and social security)

3.1.1. قوانین حمایتی

3.1.1.1. بر اساس اصل 31 قانون اساسی، داشتن مسکن متناسب با نیاز، حق هر فرد و خانواده ایرانی است و دولت موظف است با رعایت اولویت برای آنها که نیازمندترند بخصوص روستانشینان و کارگران زمینۀ اجرای این اصل را فراهم کند.

3.1.1.2. طبق اصل 41 قانون اساسی، مواد 976 و 991 قانون مدنی (1307) و قانون ثبت احوال (1355) و ماده 47 منشور حقوق شهروندی (1395)، هر فرد ایرانی حق دارد که از مزایای تابعیت ایران بهره‌مند شود و کسی نمی‌تواند مانع استیفای این حق شود.

3.1.1.3. طبق اصل 33 قانون اساسی، ماده 12 قانون مجازات اسلامی (1392) و ماده 49 منشور حقوق شهروندی (1395)، حق شهروندان است که در هر نقطه از سرزمین ایران، اقامت و سکونت کنند.

3.1.1.4. بر اساس اصل سی و یکم قانون اساسی، بندهای 3 و 4 سیاست‌های کلی مسکن (1389)، قانون ساماندهی و حمایت از تولید و عرضه مسکن (1387) و ماده 73 منشور حقوق شهروندی (1395)، حق شهروندان است که از مسکن ایمن و متناسب با نیاز خود و خانواده‌شان بهره‌مند شوند. دولت بر اساس نیاز و با رعایت اولویت و امکانات زمینۀ استیفای این حق را فراهم می‌نماید.

3.1.1.5. مطابق با دستورالعمل تأسیس و مدیریت مراکز کاهش آسیب (1383)، افراد بی‌خانمان افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی میکنند به اچ‌آی‌وی / ایدز حق دارند به سرپناه، حداقل مواد غذایی مورد نیاز، لباس، امکانات استحمام و شستشو دسترسی داشته باشند.

3.1.1.6. طبق ماده 69. قانون تأمین اجتماعی، در صورتی که بیمه‌شده زن و یا همسر بیمه‌شده مرد به بیماری‌هایی مبتلا شود که شیر دادن برای طفل او زیان‌آور باشد یا پس از زایمان فوت شود شیر مورد نیاز تا 18 ماهگی تحویل خواهد شد.

3.1.1.7. وفق ماده 2 قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار (1320)، درمان و مداوای بیماری‌های آمیزشی در کلیه بنگاه‌های بهداشتی در دوره واگیری بیماری برای همه و در دوره‌های دیگر برای اشخاص بی‌بضاعت رایگان است.

3.1.2. قوانین بازدارنده

3.1.1.1. طبق اصل 33 قانون اساسی، هیچ‌کس را نمی‌توان از محل اقامت خود تبعید کرد یا از اقامت در محل مورد علاقه‌اش ممنوع یا به اقامت در محلی‌مجبور ساخت، مگر در مواردی که قانون مقرر می‌دارد.

3.1.1.1. طبق بخشنامه سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی کشور، جداسازی زندانیان مبتلا به اچ‌آی‌وی از سایر زندانیان ممنوع است.

4. حق بر سلامت و آزمایش پزشکی (Right to health and Medical Testing)

4.1.1. قوانین حمایتی

4.1.1.1. مطابق با بند 12 اصل سوم، اصل بیست و نهم، بند 2 اصل 43 و 50 قانون اساسی، سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران، قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (1367)، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (1372)، بند 7 سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی (1392) و ماده 2 منشور حقوق شهروندی (1395)، همه شهروندان از حق آب بهداشتی، غذای مناسب، ارتقای سلامت، بهداشت محیط، درمان مناسب، دسترسی به دارو، تجهیزات، کالاها و خدمات پزشکی، درمانی و بهداشتی منطبق با معیارهای دانش روز و استانداردهای ملی، شرایط محیط زیستی سالم و مطلوب برای ادامه زندگی برخوردارند.

4.1.1.2. طبق اصول 10 و 21 قانون اساسی، منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران (1383)، سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان (1386) و ماده 3 منشور حقوق شهروندی (1395)، حق زنان است که از برنامه‌ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب و آموزش و مشاوره‌های مناسب برای تأمین سلامت جسمی و روانی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی در مراحل مختلف زندگی به‌خصوص دوران بارداری، زایمان، پس از زایمان و در شرایط بیماری، فقر یا معلولیت، برخوردار باشند. دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات بارعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد: الف) حمایت مادران بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت آنان از کودکان بی‌سرپرست. ب) اعطای قیمومت فرزندان به مادران شایسته در جهت غبطه آنها در صورت نبودن ولی شرعی.

4.1.1.3. مطابق با اصول 10، 21 و 29 قانون اساسی، بندهای 15 و 51 منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در جمهوری اسلامی ایران (1383)، بند 12 سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان (1386) و ماده 90 منشور حقوق شهروندی (1390)، حق زنان است که از تغذیه سالم در دوران بارداری، زایمان سالم، مراقبت‌های بهداشتی پس از زایمان، مرخصی زایمان و درمان بیماری‌های شایع زنان بهره‌مند شوند.

4.1.1.4. اصول 10 و 21 و بند 1 اصل 49 قانون اساسی، اهداف و اصول تشکیل خانواده و سیاست‌های تحکیم و تعالی آن (1384)، مواد 43 و 230 قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (1389) و بند 2 سیاست‌های کلی جمعیت (1393) و ماده 51 منشور حقوق شهروندی (1395)، حق شهروندان است که با رضایت کامل، آزادانه و بدون هیچ‌گونه اجباری نسبت به ازدواج و تشکیل خانواده، با رعایت قانون مربوط اقدام نمایند.

4.1.1.5. مطابق با دستورالعمل تأسیس و مدیریت مراکز کاهش آسیب (1383)، افراد بی‌خانمان افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی میکنند به اچ‌آی‌وی / ایدز حق دارند به طور رایگان به مراکز اورژانس و درمان ارجاع داده شوند (در مواردی که نیاز به مداخلات پزشکی جدی تری وجود دارد) و به سوزن و سرنگ، کاندوم و مواد ضدعفونی کننده، آموزش جهت پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، درمان نگهدارنده با متادون (در صورتی که در مرکز واحد متادون وجود دارد)، ارجاع به مرکز درمان اعتیاد برای سم زدایی (پس از تشخیص پزشک مرکز و مشاوره توسط تیم مرکز درمان سرپایی اعتیاد)، مشاوره و آزمون اختیاری HIV (VCT) (در مراکزی که امکان VCT دارند) دسترسی داشته باشند و برای انجام VCT (در مراکزی که امکان VCT وجود ندارند) ارجاع داده شوند.

4.4.1.6. طبق ماده 5 قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار (1320)، در مواردی که حالت بیمار و کیفیت واگیری بیماری موجب نگرانی باشد بهداری می‌تواند بیمار را ملزم کند که تا برطرف شدن خطر واگیری در یکی از بیمارستان‌ها تحت درمان قرار گیرد.

4.4.1.7. مطابق با ماده 12 قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار (1320)، هر گاه بهداری به وجود کسی که مبتلا به بیماری آمیزشی واگیر است اطلاع یافت می‌تواند به وسایل مقتضی بازجویی کند که بیمار مشغول درمان می‌باشد یا نه و در صورت لزوم اخطار لازم بنماید تا اگر بیمار در ظرف مهلت مقرر به درمان نپرداخت او را الزام به درمان نماید.

4.1.2. قوانین بازدارنده

طبق بخشنامه رئیس سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، تحمل کیفر برای زندانیان مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز که به عنوان بیماران صعب‌العلاج به مقامات قضایی معرفی گردیده اند ممنوع است.

5. حق بر کار و استخدام (Right to labour and employment)

5.1.1. قوانین حمایتی

5.1.2. طبق اصل 28 قانون اساسی، هر کس حق دارد شغلی را که بدان مایل است و مخالف اسلام و مصالح عمومی و حقوق دیگران نیست برگزیند. دولت موظف است با رعایت نیاز جامعه به مشاغل گوناگون برای همه افراد امکان اشتغال به کار و شرایط مساوی را برای احراز مشاغل فراهم نماید.

5.1.3. طبق اصل 29 قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.

5.1.4. طبق اصل 51 قانون اساسی، هیچ نوع مالیات وضع نمی‌شود مگر به موجب قانون. موارد معافیت و بخشودگی و تخفیف مالیاتی به موجب قانون مشخص می‌شود.

5.1.5. مطابق با بندهای 9 و 10 اصل سوم قانون اساسی، مواد 41 و 53 قانون مدیریت خدمات کشوری (1386) و ماده 82 منشور حقوق شهروندی (1395)، به‌کارگیری، ارتقا و اعطای امتیازات به کارکنان باید مبتنی بر تخصص، شایستگی و توانمندی‌های متناسب با شغل باشد.

5.1.6. طبق بند 12 اصل سوم و بند 2 اصل چهارم و سوم قانون اساسی، ماده 31 قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه (1389) و ماده 78 منشور حقوق شهروندی (1395)، شهروندان از حق فرصت برابر در دسترسی به مشاغل و انتخاب آزادانه حرفه مورد نظر خود طبق موازین قانونی به گونه‌ای که قادر به تأمین معاش خود به صورت منصفانه و آبرومندانه باشند، برخوردارند. دولت شرایط مناسب را برای تحقق این حق تضمین و بر آن نظارت می‌نماید.

5.1.7. مطابق با اصل بیست و هشتم قانون اساسی، مواد 41، 44 و 54 قانون مدیریت خدمات کشوری (1386)، بندهای 2 و 6 سیاست‌های کلی نظام اداری (1389)، ماده 7 قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (1389) و ماده 79 منشور حقوق شهروندی (1395)، حق شهروندان است که از آموزش‌های لازم درباره مشاغل بهره‌مند شوند.

5.1.8. مطابق با ماده 59 قانون تأمین اجتماعی. بیمه شدگانی که تحت معالجه و یا درمان های توانبخشی قرار می‌گیرند و بنا به تشخیص سازمان تأمین خدمات درمانی موقتاً قادر به کار نیستند به شرط عدم اشتغال به کار و عدم دریافت مزد یا حقوق استحقاق دریافت غرامت دستمزد را با رعایت شرایط زیر خواهند داشت: الف) بیمه شده بر اثر حوادث ناشی از کار و غیر ناشی از کار یا بیماری های حرفه‌ای تحت درمان قرار گرفته باشد. ب) در صورتی که بیمه شده به سبب بیماری و طبق گواهی پزشک احتیاج به استراحت مطلق یا بستری شدن داشته باشد و در تاریخ اعلام بیماری مشغول به کار بوده و یا در مرخصی استحقاقی باشد.

5.1.9. طبق ماده 70 قانون تأمین اجتماعی، بیمه‌شدگانی که طبق نظر پزشک معالج غیر قابل علاج تشخیص داده می‌شوند پس از انجام خدمات توان‌بخشی و اعلام نتیجه توان‌بخشی یا اشتغال چنانچه طبق نظر کمیسیون های پزشکی مذکور در ماده 91 این قانون توانایی خود را کلاً یا بعضاً از دست داده باشند به ترتیب زیر با آنها رفتار خواهد شد: هر گاه درجه کاهش قدرت کار بیمه‌شده شصت و شش درصد و بیشتر باشد از کارافتاده کلی شناخته می‌شود. چنانچه میزان کاهش قدرت کار بیمه‌شده بین سی و سه تا شصت و شش درصد و به علت حادثه ناشی از کار باشد از کارافتاده جزئی شناخته می‌شود. اگر درجه کاهش قدرت کار بیمه‌شده بین ده تا سی و سه درصد بوده و موجب آن حادثه ناشی از کار باشد استحقاق دریافت غرامت نقص مقطوع را خواهد داشت.

5.1.10. طبق ماده 75 قانون تأمین اجتماعی، بیمه‌شده‌ای که ظرف ده سال قبل از وقوع حادثه غیر ناشی از کار یا ابتلاء به بیماری حداقل حق بیمه یکسال کار را که متضمن حق بیمه نود روز کار ظرف یکسال قبل از وقوع حادثه یا بیماری منجر به از کارافتادگی باشد پرداخت نموده باشد در صورت از کارافتادگی کلی حق استفاده از مستمری از کارافتادگی کلی غیر ناشی از کار ماهانه را خواهد داشت.

5.1.2. قوانین بازدارنده

5.1.2.1. طبق بخشنامه معاون اول رئیس جمهور درباره عدم اخراج مبتلایان به شماره/ 812461 م مورخ 1381/4/1، اخراج مبتلایان به اچ‌آی‌وی / ایدز از کار و استخدام ممنوع است.

5.1.2.2. مطابق با بندهای 9 و 10 اصل سوم قانون اساسی، مواد 41 و 53 قانون مدیریت خدمات کشوری (1386)، بندهای 2، 4 و 6 سیاست‌های کلی نظام اداری (1389) و ماده 82 منشور حقوق شهروندی (1395)، رویکردهای سلیقه‌ای، جناحی و تبعیض‌آمیز و استفاده از روش‌های ناقص حریم خصوصی در فرایند گزینش کارکنان ممنوع است.

6. حق بر مسافرت و مهاجرت (Right to travel and immigration)

6.1.1. قوانین حمایتی

6.1.1.1. طبق اصل 32 قانون اساسی، قانون گذرنامه (1343) و ماده 48 منشور حقوق شهروندی، حق هر شهروند است که آزادانه در داخل کشور رفت‌وآمد کند و از ایران خارج و یا به ایران وارد شود، مگر این‌که به‌موجب قانون این حق محدود شده باشد.

6.1.1.2. طبق قانون ورود و اقامت اتباع خارجی در ایران مصوب ۱۹ اردیبهشت ماده ۱۳۱۰ شمسی، عدم ارائه ویزا در صورتی است که حضور فرد خارجی در ایران به ملاحظه حفظ‌الصحه عمومی و یا عملیات منافی عفت صلاح نباشد. همچنین مطابق با بخشنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حق ورود و خروج به کشور ایران در چارچوب قوانین، بدون نیاز به انجام آزمایش اچ‌آی‌وی برای اتباع خارجی محفوظ است.

6.1.2. قوانین بازدارنده

تصریح نشده است.

7. حق بر محرمانگی (Right to Confidentiality)

7.1.1. قوانین حمایتی

7.1.1.1. مطابق اصل 22 قانون اساسی، حیثیت، جان، مال، حقوق، مسکن و شغل اشخاص از تعرض مصون است مگر در مواردی که قانون تجویز کند.

7.1.1.2. مطابق اصل 24 قانون اساسی، نشریات و مطبوعات در بیان مطالب آزادند مگر آن که مخل به مبانی اسلام یا حقوق عمومی باشد. تفصیل آن را قانون معین می‌کند.

7.1.1.3. طبق اصل 25 قانون اساسی، بازرسی و نرساندن نامه‌ها، ضبط و فاش کردن مکالمات تلفنی، افشای مخابرات تلگرافی و تلکس، سانسور، عدم‌مخابره و نرساندن آنها، استراق سمع و هرگونه تجسس ممنوع است مگر به حکم قانون.

7.1.1.4. بر اساس ماده 13 قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماریهای واگیردار (1320)، پزشکان آزاد و کلیه بنگاه‌های بهداری که معاینه و درمان بیماری‌های آمیزشی می‌نمایند موظفند در آخر هر ماه عده بیماری‌های آمیزشی را که دیده‌اند و قبلاً به پزشک دیگری مراجعه ننموده‌اند بدون ذکر نام و مشخصات بیمار به بهداری بفرستند. طریقه فرستادن شماره بیماران به موجب آیین‌نامه‌ای است که بهداری کل تعیین خواهد کرد.

7.1.1.5. طبق ماده 14 قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار پزشکان آزاد و کلیه بنگاه‌های بهداری که معاینه و درمان بیماریهای آمیزشی را می‌نمایند باید حتی‌المقدور به وسیله پرسش از بیمار کوشش نمایند کانون سرایت بیماری را معین نموده و در موقع مقتضی بدون ذکر نام و مشخصات بیمار اطلاعات کافی برای تجسس و بر طرف نمودن کانون انتشار بیماری به بهداری مربوطه بفرستند که اقدام لازم به عمل آید.

7.1.2. قوانین بازدارنده

تصریح نشده است.

8. مجازات‌ها (Penalties)

8.1.1. قوانین حمایتی

8.12.1.1. وفق ماده 648 قانون مجازات اسلامی (1392)، اطباء و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه در غیراز موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.

8.12.1.2. مطابق با ماده 4 قانون طرز جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و بیماریهای واگیردار (1320)، پزشکان یا متصدیان سایر فنون پزشکی که به وسیله تبلیغات بی‌اساس باعث گمراهی بیمار آمیزشی می‌شوند یا به وعده‌های دروغ‌بیمار را از درمان صحیح باز می‌دارند مانند اینکه معین کنند در مدت چند روز بیمار را درمان کرده و یا با بستن پیمان یا انتشار آگهی‌هایی که مخالف اصل پزشکی است بیمار را فریب دهند به حبس تأدیبی از دو ماه تا یک سال و یا به پرداخت کیفر نقدی از 200 ریال تا 2000 ریال محکوم می‌شوند. کسانی که بدون پروانه پزشکی اقدام به درمان بیمارها نمایند به حبس تأدیبی از دو ماه تا شش ماه و یا به پرداخت کیفر نقدی از پانصد تا پنج هزار ریال محکوم می‌شوند.

8.12.1.3. طبق ماده 6 قانون طرز جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و بیماریهای واگیردار (1320)، چنانچه ولی یا سرپرست در فراهم نمودن وسائل درمان مسامحه نماید و بیماری صغیر یا محجور به حال سرایت باقی بماند ولی یا سرپرست به حبس از هشت روز تا یک ماه و یا به کیفر نقدی از پنجاه تا پانصد ریال محکوم می‌شود.

8.12.1.4. بر اساس ماده 7 قانون طرز جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و بیماریهای واگیردار (1320)، بهداری موظف است اشخاصی را که به مناسبت پیشه خود ممکن است باعث انتشار بیماریهای آمیزشی شوند مکلف کند که در روزهای معین در بنگاه‌های مخصوص بهداری یا نزد پزشکانی که بهداری معین می‌نماید برای معاینه حاضر شوند و در صورتی که تشخیص شود بیماری آنها در مرحله واگیری است از ادامه پیشه ممنوع و تا وقتی که گواهی نشده است که بیماری آنها قابل سرایت نیست چنانچه بدون تحصیل پروانه عدم امکان سرایت به پیشه خود ادامه دهند به 8 روز تا دو ماه حبس تأدیبی و 51 تا 500 ریال و یا به یکی از این دو کیفر محکوم می‌شوند.

8.12.1.5. وفق ماده 9 قانون طرز جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و بیماریهای واگیردار (1320)، هر کس بداند مبتلا به بیماری آمیزشی واگیر بوده و یا آنکه اوضاع و احوال شخصی او طوری باشد که بایستی حدس بزند که بیماری او واگیر است و به واسطه آمیزش او طرف مقابل مبتلا شود و به مراجع قضایی شکایت کند مبتلاکننده به حبس تأدیبی از سه ماه تا یک سال محکوم می‌شود. تعقیب فقط در موقعی انجام می‌گیرد که خواهان خصوصی در بین باشد و در صورتی که خواهان خصوصی شکایت خود را مسترد دارد تعقیب و همچنین اجرای مجازات موقوف می‌شود.

8.12.1.6. طبق ماده 22 قانون طرز جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و بیماریهای واگیردار (1320)، اشخاصی که مانع اجرای مقررات بهداشتی می‌شوند یا در اثر غفلت باعث انتشار یکی از بیماریهای واگیر می‌شوند به هشت روز تا دو ماه حبس تأدیبی و 51 تا 500 ریال و یا به یکی از این دو محکوم می‌شوند.

8.12.1.7. مطابق با ماده 23 قانون طرز جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و بیماری های واگیردار (1320)، کلیه پزشکان و ماماها و داروسازان مکلفند که دستورهای بهداشتی کل را برای مبارزه با بیماری های واگیر به موقع اجرا گذارند. متخلفین به کیفرهای خلافی طبق آیین‌نامه بهداشتی محکوم می‌شوند.

8.1.2. قوانین بازدارنده

تصریح نشده است.

8.9.1. قوانین حمایتی

8.9.1.1. طبق ماده 39 مصوبه پیشگیری و نظارت بر اچ‌آی‌وی (2014) (Immune Deficiency and Acquired Human Immunodeficiency Virus Syndrome (Prevention and Control) Act)، هر کسی که اطلاعات مربوط به وضعیت اچ‌آی‌وی شخص مورد حمایت این مصوبه را که در جریان هر گونه رسیدگی در دادگاه و در رابطه با آن از او به دست آمده است افشاء کند به جزای نقدی تا یک لک (یکصد هزار) روپیه محکوم خواهد شد، مگر این که این افشاء به دستور دادگاه انجام گرفته باشد.

8.9.2. قوانین بازدارنده

8.9.2.1. طبق ماده 4 مصوبه پیشگیری و نظارت بر اچ‌آی‌وی (2014) (Immune Deficiency Syndrome and Acquired (Prevention and Control) Act) که هیچ شخصی نباید به صورت شفاهی یا مکتوب احساس تنفر نسبت به افراد مورد حمایت یا گروه های مورد حمایت این مصوبه را به طور کلی یا جزئی منتشر یا تبلیغ کند یا مورد طرفداری قرار دهد یا با علائم یا نمایش و غیره به اطلاع دیگران برساند یا هر گونه اطلاعات، تبلیغات یا خبری را که به طور مستدل به معنی قصد بر تبلیغ تنفر است یا گمان آن می رود که افراد مورد حمایت این مصوبه را در معرض تنفر، تبعیض یا خشونت فیزیکی قرار می دهد اشاعه دهد، پخش کند یا به نمایش گذارد. متخلف طبق ماده 37 به مجازات حبس از 3 ماه تا دو سال و جزای نقدی تا یک لک (یکصد هزار) روپیه یا هر دو محکوم خواهد شد.

8.9.2.2. طبق ماده 38 مصوبه پیشگیری و نظارت بر اچ‌آی‌وی (2014) (Immune Deficiency and Acquired Human Immunodeficiency Virus Syndrome (Prevention and Control) Act)، هر کسی که از دستور بازرس ویژه تبعیت نکند به پرداخت جریمه نقدی تا ده هزار روپیه و در صورت ادامه تخلف با در نظر گرفتن جریمه اضافی به ازای هر روزی که آن تخلف ادامه یابد تا پنج هزار روپیه محکوم خواهد شد.

**5. Developmental guidance,
formulate intervention
packages, identify service
delivery platforms and update
operational plans**

مقدمه:

به منظور تهیه دستورالعمل‌های استاندارد و تعاریف مشخص بسته‌های خدمتی، SIP اقدام به طراحی یک فورمت استاندارد برای تهیه دستورالعمل‌های اجرایی مورد نیاز در چهارمین برنامه استراتژیک نموده است.

هر دستورالعمل مشتمل بر دو بخش اصلی است، در بخش اول استاندارد زیرساخت‌های ارائه خدمات تعریف می‌شود و در بخش دوم فرآیندهای ارائه خدمات به صورت استاندارد و به شرح زیر تعریف می‌شود:

هر خدمت ممکن است دارای چند فرآیند باشد لذا ابتدا ارتباط فرآیندها با یکدیگر مشخص شود و سپس برای هر فرآیند باید استانداردهای 12 گانه تعیین شود.

استانداردهای تعریف هر فرآیند:

برای آنکه فرآیند به شکل درست و بر مبنای استانداردهای تعیین شده اجرا شود، باید قبل از شروع کار پاسخ 12 سوال مهم را مشخص کنیم این 12 سوال عبارتند از:

1. این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟ به این ترتیب ما می‌توانیم لیستی از افرادی که باید این خدمت را دریافت کنند تهیه کنیم و کسی برای دریافت این خدمت از قلم نخواهد افتاد.
2. این خدمت با چه هدفی ارائه می‌شود؟ باید بدانیم که این خدمت با چه هدف / اهدافی ارائه می‌شود به این ترتیب می‌توانیم بفهمیم بعد از ارائه خدمت آیا به هدف تعیین شده رسیده ایم یا نه.
3. این خدمت چگونه ارائه می‌شود؟ روش اجرای خدمت مهم است که مطابق استانداردهای تعیین شده باشد به گونه‌ای که بتواند ما را به هدف اصلی برساند.
4. ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست؟ درست است که خدمات به صورت مجزا تعریف شده‌اند اما در اصل هر خدمت مانند یک تکه پازل است که وقتی معنی پیدا می‌کند که بدانیم نقش اصلی آن در برنامه اصلی چیست و برای این باید بدانیم چگونه در کنار سایر تکه‌های پازل (سایر خدمات) قرار می‌گیرد. خدمات این برنامه نیز مانند تکه‌های پازلی هستند که تنها زمانی به نتیجه می‌رسند که به درستی در کنار یکدیگر قرار گیرند، گرچه ممکن است شما تنها متولی همین خدمت باشید، اما لازم است بدانید خدماتی که قبل، بعد و یا همزمان با این خدمت ارائه می‌شوند کدام‌ها هستند، زیرا در آنصورت هم می‌دانید با چه کسانی باید در ارتباط باشید و همچنین با اطلاع داشتن از خدمات دیگری که ارائه می‌شود از دوباه کاری بعضی از اقدامات و اتلاف وقتتان جلوگیری می‌شود.
5. چگونه مطمئن شویم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است؟ نحوه ارتباط با خدمات قبل و بعد را نشان می‌دهد تا اگر ما متولی فقط یک خدمت هستیم مطمئن شویم فرد خدمت بعدی را از مسئول ارائه آن خدمت دریافت کرده است. همانطور که مشاهده شد خروجی این خدمت به منزله ورودی یک یا چند خدمت دیگر است، در رابطه با هر خدمت مهم است که بدانیم فرد وارد چرخه خدمات تکمیلی شده است یا خیر
6. این خدمت حداکثر باید در چه مدت زمانی ارائه شود؟ زمان ارائه خدمت بسیار مهم است و بسا خدماتی که اگر در زمان مقرر ارائه نشوند ما را به نتیجه مطلوب مورد نظر نمی‌رسانند.

7. چه کسی باید این خدمت را انجام دهد؟ مسئول ارائه خدمت را مشخص می‌کند. مسلماً ارائه دهندگان خدمت در قسمتهای مختلف مشغول کار هستند و هر کدام مسئولیت‌های خاص خود را دارند؛ آنچه در این قسمت اشاره می‌شود، تنها مربوط به این خدمت است.
8. ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می‌شود؟ ثبت و گزارش‌دهی یکی از ارکان اصلی اجرا یک فرآیند خدمت است و باید به صورت استاندارد و هماهنگ و یکسان انجام شود. در نظام ثبت: ما باید آن چیزی که در پیگیری موارد و یا برای گزارش دهی لازم داریم را ثبت کنیم. گزارش دهی: باید اعداد و مطالبی را گزارش کنیم که به کمک آن بفهمیم آیا به اهداف برنامه رسیده ایم؟
9. چگونه می‌توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظر را درست انجام داده ایم؟ (پایش) شما می‌توانید چک لیستی از مراحل مختلف اجرا فرآیند را داشته باشید و از خود بپرسید آیا همه مراحل را درست انجام داده‌اید یا نه. به این اقدام خود ارزیابی می‌گویند. اگر شما برای هر فرآیند این اقدام را مدام انجام دهید به شما در ارائه بهتر خدمت کمک خواهد کرد.
10. چگونه می‌توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده‌ایم؟ (ارزشیابی) شما با توجه به هدف فرآیند بعد از انجام هر فرآیند دقت کنید چه مقدار از هدف مربوطه محقق شده است.
11. چه عواملی مانع می‌شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم؟ گاهی علی‌رغم اینکه ما تمام تلاش خود را در جهت اجرا صحیح خدمات می‌کنیم، اما عواملی منجر می‌شوند که ما به نتیجه مطلوب برای آن خدمت نرسیم، این سوال باید مدام مد نظرتان باشد و به هر مانعی که حین اجرای طرح متوجه برخوردید، آنرا ثبت کنید. با توجه به پاسخ‌های نه و ده فکر کنید که چه چیزهایی مانع شده تا شما کار را به درستی انجام دهید و یا به نتیجه مطلوب برسید.
12. چگونه می‌توان برنامه را بهتر اجرا کرد؟ فکر کنید چه تغییراتی در نحوه اجرای این فرآیند قابل اعمال است تا بهترین نتیجه حاصل شود.
- قالب نوشتاری برای همه فرآیندها ثابت است و برای هر جز یک فرآیند یک نمای شماتیک در نظر گرفته شده است و به این ترتیب، استفاده کنندگان در صورت لزوم می‌توانند موضوع مورد نظر در یک فرآیند را به سهولت پیدا کنند.

| | |
|---|---|
| این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟ |  |
| این خدمت با چه هدفی ارائه می‌شود؟ |  |
| این خدمت چگونه ارائه می‌شود؟ |  |
| ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست؟ |  |
| چگونه مطمئن شویم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است؟ |  |
| این خدمت حداکثر باید در چه مدت زمانی ارائه شود؟ |  |
| چه کسی باید این خدمت را انجام دهد؟ |  |
| ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می‌شود؟ |  |
| چگونه می‌توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظر را درست انجام داده ایم؟ (پایش) |  |
| چگونه می‌توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم؟ (ارزشیابی) |  |
| چه عواملی مانع می‌شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم؟ |  |
| چگونه می‌توان برنامه را بهتر اجرا کرد؟ |  |



حیطه دوم پیشگیری: جمعیت‌های کلیدی

زنان در معرض بیشترین آسیب

دستورالعمل و استانداردهای ارائه خدمات تهیه شده است. این بسته خدمت مشتمل است بر استاندارد نحوه ارائه خدمات:

۱- خدمت تشکیل پرونده

۱-۱ تشکیل پرونده

۲- برنامه آموزش

۲-۱ آموزش‌های عمومی شامل

- ✓ سلامت جنسی و پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی
- ✓ مواد و تزریق ایمن
- ✓ آموزش‌های مرتبط با کاهش آسیب (شامل: اصول کاهش آسیب و اجزای برنامه کاهش آسیب و معرفی برنامه درمان نگهدارنده با متادون)
- ✓ مهارت‌های زندگی
- ✓ راه‌های پیشگیری و مراقبت و درمان عفونت‌های شایع در روابط جنسی
- ✓ عفونت‌های همراه بیماری اچ‌آی‌وی (سل - هیپاتیت و ...)
- ✓ آموزش در خصوص خدمات پیشگیری از اچ‌آی‌وی
- ✓ سایر آموزش‌های مورد نیاز مراجعین (مانند آموزش‌های سلامت عمومی و ...)

۲-۲ رویکرد نوین آموزش اچ‌آی‌وی

۳- برنامه توصیه به انجام تست (Provided initiated test)

۳-۱ ترغیب برای انجام تست سریع اچ‌آی‌وی

۳-۲ توصیه به انجام تست سریع اچ‌آی‌وی

۳-۳ انجام تست سریع اولیه اچ‌آی‌وی

۳-۴ اعلام پاسخ تست

۳-۵ ارجاع موارد مثبت اولیه به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و پیگیری نتیجه

۴- برنامه کنترل بیماری‌های آمیزشی

۴-۱ ارزیابی بیماری‌های آمیزشی

۴-۲ معاینه واژینال

۴-۳ درمان سندرمیک بیماری‌های آمیزشی

۴-۴ ارجاع به مرکز تخصصی بیماری‌های زنان

۵- برنامه بهداشت باروری

۵-۱ تنظیم خانواده و مشاوره پیشگیری از بارداری

۵-۲ بارداری سالم

۵-۳ مشاوره سلامت جنسی

۵-۴ غربالگری سرطان‌های مربوط به زنان و بیماری‌های آمیزشی

6- برنامه حمایت

- 6-1 پذیرایی (توزیع غذای سرد یا گرم)
- 6-2 توانمند سازی در زمینه حرفه آموزی - اشتغال زایی
- 6-3 سایر تسهیلات (خدمات مددکاری، آموزش‌های توانمند سازی در حیطه های مختلف مورد نیاز افراد، نظافت فردی مانند استحمام)
- 7- برنامه کنترل سایر عفونت‌های همراه
- 7-1 بیماریابی فعال سل و ارجاع موارد مشکوک
- 7-2 ارجاع جهت انجام واکسیناسیون (هپاتیت B، واکسن توام)



ویژه کارشناسان

راهنمای عمل نحوه ارائه خدمات

مراقبت، کاهش آسیب و تشخیص اچ‌آی‌وی

ویژه زنان در معرض خطر

نسخه اول - تابستان ۱۳۹۷

مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز توسعه و نظارت بر مراکز مشاوره و درمانی اچ‌آی‌وی
سازمان زنی‌ها و فعالیت‌های زنانی اچ‌آی‌وی

پدیدآورنده: مرکز مشاوره و درمانی اچ‌آی‌وی، جمهوری اسلامی ایران

زیر نظر تخصصی و نظارتی از انستیتو ملی







کمیته نظارت بر اجرای برنامه SIP

شناخته شده کتاب در برنامه استراتژیک این مجموعه در نيل به هدف. دستور از استراتژی بزرگم برنده استراتژیک، نوشته شده است و از زیر نظر هان اکرم بران و سایر ره امداد از برآوردی، رده است. مجموعه حاضر توسط گروه فنی پسگروه، از انتشار چندی با هدف استفاده کارشناسان نظارتی و اجرایی برنامه تهیه و در تاریخ ۱۳۹۷ به هیئت کمیته کشوری نظارتی بر اجرای برنامه (SIP) تیرید و جهت بازبینی و ارزیابی گروه های فنی SIP استانی ارسال شد.

© 111010 : بنسده جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه زنان در معرض خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی تهیه و توسط کتاب مورد بازبینی قرار گیرد.

مردان در معرض بیشترین آسیب

دستورالعمل ارائه خدمات در دست تدوین است. بسته خدمتی مدنظر برای این گروه شامل موارد زیر است:

۱- خدمت تشکیل پرونده

۱-۱ تشکیل پرونده

۲- برنامه آموزش

۱-۲ آموزش های عمومی شامل

✓ سلامت جنسی و پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی

✓ مهارت‌های زندگی

✓ راه‌های پیشگیری و مراقبت و درمان عفونت‌های شایع در روابط جنسی

✓ عفونت‌های همراه بیماری اچ‌آی‌وی (سل - هپاتیت و ...)

✓ آموزش در خصوص خدمات پیشگیری از اچ‌آی‌وی

✓ سایر آموزش‌های مورد نیاز مراجعین (مانند آموزش های سلامت عمومی و ...)

۲-۲ رویکرد نوین آموزش اچ‌آی‌وی

۳- برنامه توصیه به انجام تست (Provided initiated test)

۱-۳ ترغیب برای انجام تست سریع اچ‌آی‌وی

۲-۳ توصیه به انجام تست سریع اچ‌آی‌وی

۳-۳ انجام تست سریع اولیه اچ‌آی‌وی

۴-۳ اعلام پاسخ تست

۵-۳ ارجاع موارد مثبت اولیه به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و پیگیری نتیجه

۴- برنامه کنترل بیماری های آمیزشی

۱-۴ ارزیابی بیماری های آمیزشی

۲-۴ معاینه رکتال و سایر معاینات مورد نیاز

۳-۴ درمان سندرمیک بیماری های آمیزشی

۵- ارجاع تخصصی

۱-۵ روانپزشکی

۲-۵ اورولوژی

۳-۵ عفونی

۶- برنامه کاهش آسیب

۱-۶ ترغیب به استفاده از کاندوم جهت پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی

۲-۶ توزیع کاندوم و لوبریکانت

۳-۶ درمان با شبه مخدرها به شیوه آستانه پایین (درمان نگهدارنده با متادون)* برای مصرف کنندگان همزمان مواد

۷- برنامه بهداشت روان

۱-۷ مشاوره روانشناختی و ارجاع به مراکز تخصصی مشاوره و روانپزشکی (مشاوره جامع)

۲-۷ مشاوره خودمراقبتی در شرایط خطر

۸- برنامه حمایت

۱-۸ پذیرایی (توزیع غذای سرد یا گرم)

۲-۸ توانمند سازی در زمینه حرفه آموزی - اشتغالزایی

۹- برنامه کنترل سایر عفونت های همراه

۱-۹ بیماری‌یابی فعال سل و ارجاع موارد مشکوک

۹-۲ ارجاع جهت انجام واکسیناسیون (هیپاتیت B، واکسن توام)

مصرف کنندگان تزریقی مواد

دستورالعمل و استانداردهای ارائه خدمات تهیه شده است. این بسته خدمت مشتمل است بر استاندارد نحوه ارائه خدمات:

1. آموزش

1. نحوه مصرف ایمن تر مواد
2. روابط جنسی ایمن تر
3. راههای پیشگیری و مراقبت و درمان عفونت‌های شایع همراه اختلال مصرف مواد سل - بیماریهای آمیزشی - هیپاتیت
4. رویکرد نوین آموزش اچ‌آی‌وی

2. برنامه کنترل اچ‌آی‌وی

1. توصیه به انجام تست
2. انجام تست سریع اولیه
3. ارجاع و پیگیری لینک موارد به خدمات مراقبت و درمان
4. ارائه داروی ضد رتروویروسی * (نظام سلامت در حال حاضر مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری را برای دسترسی این خدمت برای گروه هدف مشخص نموده است).

3. برنامه سرنگ و سوزن

1. توزیع سرنگ و سوزن و سایر وسایل مورد نیاز برای تزریق ایمن تر
2. جمع‌آوری سرنگ و سوزن

4. خدمات درمانی با مواد شبه اپیوئیدی

1. درمان با شبه مخدرها به شیوه آستانه پایین

5. خدمات حمایتی

1. ارائه غذا
2. ارائه تسهیلات

6. برنامه کنترل سایر عفونت‌های همراه

1. غربالگری فعال سل و ارجاع موارد مشکوک به سل
2. غربالگری سندرمیک بیماری‌های آمیزشی
3. هیپاتیت

ویره کارشناسان ستادی، شهرستان، دانشگاهی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رهنمایی و ارادکنندگان خدمات کاهش آسیب

راهنمای عمل نحوه استقرار و ارائه خدمات

مراقبت و کاهش آسیب مصرف مواد،
تخصیص لچ آی‌وی

ویره مصرف‌کنندگان تریبی مواد

نسخه اول - پاییز ۱۳۹۷

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
مرکز تخصصی سنجش و نظارت بر شیوع ویروس

مجموعه عوامل و استعدادهای آسیب‌پذیر

پنج‌مین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت لچ آی‌وی جمهوری اسلامی ایران

زیرکمیته تخصصی کاهش آسیب

راهنمای عمل نحوه استقرار و ارائه خدمات مراقبت کاهش آسیب مصرف مواد، تخصیص لچ آی‌وی ویره مصرف‌کنندگان تریبی مواد



شناسنامه کتاب در برنامه استراتژیک:
این مجموعه در راستای نیل به هدف نهم از استراتژی یازدهم برنامه استراتژیک نوشته شده است و از زیر ساخت‌های لازم برای رسیدن به اهداف استراتژی سوم می‌باشد.
مجموعه حاضر توسط گروه فنی کاهش آسیب با هدف استفاده کارشناسان ناظر بر برنامه تهیه و در تاریخ ۲۵ تیر ماه ۱۳۹۶ توسط کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه (SIP) تایید و جهت بهره‌برداری به گروه‌های فنی SIP استانی ارسال شد.

S1109* بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت و کاهش آسیب مصرف مواد، تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویره مصرف‌کنندگان تریبی مواد تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.

1

مصرف کنندگان مواد محرک

این دستورالعمل مطابق استاندارد تعیین شده SIP هنوز تدوین نشده است. بسته خدمتی پیش بینی شده برای این گروه شامل اجزاء زیر است:

1- خدمت تشکیل پرونده

۱-۱ تشکیل پرونده

۲- برنامه آموزش

۱-۲ آموزش‌های عمومی شامل

- ✓ سلامت جنسی و پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی
- ✓ مهارت‌های زندگی
- ✓ راه‌های پیشگیری و مراقبت و درمان عفونت‌های شایع در روابط جنسی
- ✓ عفونت‌های همراه بیماری اچ‌آی‌وی (سل - هیپاتیت و ...)
- ✓ آموزش در خصوص خدمات پیشگیری از اچ‌آی‌وی
- ✓ سایر آموزش‌های مورد نیاز مراجعین (مانند آموزش‌های سلامت عمومی و ...)

۲-۲ رویکرد نوین آموزش اچ‌آی‌وی

3- برنامه توصیه به انجام تست (Provided intiated test)

- ۱-۳ ترغیب برای انجام تست سریع اچ‌آی‌وی
- ۲-۳ توصیه به انجام تست سریع اچ‌آی‌وی
- ۳-۳ انجام تست سریع اولیه اچ‌آی‌وی
- ۴-۳ اعلام پاسخ تست
- ۵-۳ ارجاع موارد مثبت اولیه به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و پیگیری نتیجه

4- برنامه کنترل بیماری‌های آمیزشی

- ۱-۴ ارزیابی بیماری‌های آمیزشی
- ۲-۴ معاینه رکتال و سایر معاینات مورد نیاز
- ۳-۴ درمان سندرمیک بیماری‌های آمیزشی

5- برنامه کاهش آسیب

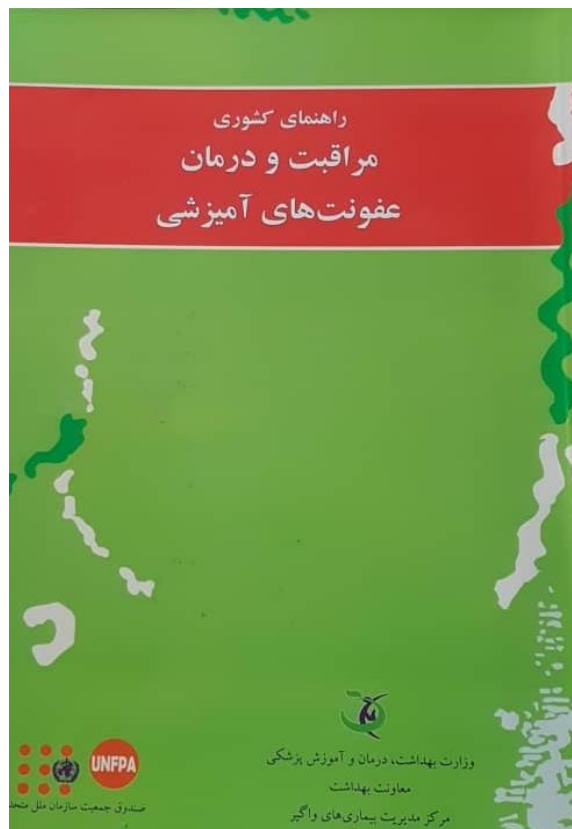
- ۱-۵ ترغیب به استفاده از کاندوم جهت پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی
- ۲-۵ توزیع کاندوم و لوبریکانت
- ۳-۵ درمان با شبه مخدرها به شیوه آستانه پایین (درمان نگهدارنده با متادون) * برای مصرف کنندگان همزمان مواد

6- برنامه بهداشت روان

- ۱-۶ مشاوره روانشناختی و ارجاع به مراکز تخصصی مشاوره و روانپزشکی (مشاوره جامع)
- ۲-۶ مشاوره خود مراقبتی در شرایط خطر

مبتلایان به بیماریهای آمیزشی

راهنمای کشوری مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی در دسترس است.



زندانیان

دستورالعمل کاهش آسیب در زندان تدوین شده است. اما لازم است در قالب فورمت استاندارد SIP بازبینی شود:



شرکای جنسی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی

دستورالعمل مشتمل بر استانداردهای Partner notification تهیه شده است که مشتمل است بر خدمات :

1. آموزش شرکای جنسی

2. مشاوره و نحوه افشای وضعیت

3. مراقبت و درمان STI و تحویل کاندوم

4. تشخیص اچ‌آی‌وی

1. توصیه به انجام تست

2. انجام تست سریع اولیه

3. ارجاع و پیگیری لینک موارد به خدمات مراقبت و درمان

5. ارائه داروی ضد رترو ویروسی برای پیشگیری قبل از تماس به افراد منفی

افراد تراجنسی

این گروه در برنامه چهارم به عنوان یک گروه هدف نبوده و طبق مصوبه SIP مقرر شده در برنامه پنجم به عنوان یک گروه هدف جدید در نظر گرفته شوند. برنامه در مرحله ارزیابی اولیه خصوصیات این افراد است و هنوز دستورالعملی تهیه نشده است.

حیطه پنجم پیشگیری: پیشگیری دارویی قبل از تماس

با توجه به مصوبه کمیته مراقبت و درمان، سیاست کلان پیشگیری دارویی قبل از تماس تبیین شده است و دستورالعمل‌های اجرایی آن از سال 1397 تدوین شده است.

پیشگیری قبل از تماس (PrEP):

پیشگیری قبل از تماس به معنی مصرف روزانه قرص ترکیبی تنوفویر و امتریسیتابین (Tenofovir + Emtricitabine) توسط فرد غیر مبتلا به HIV برای جلوگیری از انتقال HIV به هنگامی است که ممکن است در معرض مواجهه HIV قرار گیرد. این روش می‌تواند در کنار روشهای دیگر در کاهش انتقال ویروس از فرد مبتلا به فرد سالم کمک کننده باشد؛ به این معنی که تا مدت زمانی که فرد در خطر مواجهه قرار دارد، این درمان ادامه خواهد داشت. در بررسی‌های مرور سیستماتیک و متاآنالیز استفاده از رژیم‌های حاوی TDF در مواجهه قبل از تماس در کاهش خطر ابتلا به HIV موثر بوده است و سطح حفاظتی آن به سن، جنس، نوع رژیم و راه انتقال HIV بستگی نداشته ولی به میزان پایبندی، وابستگی قوی داشته است. در مطالعاتی که سطح پایبندی کم بوده است (یعنی 40٪ یا کمتر)، پیش‌گیری قبل از تماس تأثیری در کاهش عفونت نداشته است.

در مطالعات 51٪ کاهش خطر عفونت HIV با PrEP گزارش شده است. همچنین مطالعات نشان می‌دهند که استفاده از PrEP موجب کاهش نیاز به استفاده از کاندوم و یا افزایش تعداد شرکای جنسی نخواهد شد، تأثیری روی داروهای هورمونی باروری نخواهد داشت و موجب افزایش خطرات حاملگی در کسانی که در اوایل حاملگی بودند و دارو مصرف کردند، نشده است.

PrEP نباید به هیچ عنوان جایگزین سایر مداخلات کاهش و پیشگیری از HIV مانند برنامه‌های استفاده از کاندوم و کاهش آسیب (harm reduction) شود. فراهم آوردن PrEP می‌تواند فرصتی برای افزایش دسترسی به سایر خدمات سلامتی مانند حمایت‌های اجتماعی، واکسیناسیون هپاتیت B، خدمات سلامت باروری، خدمات سلامت جنینی، مدیریت عفونتهای منتقله از جنس، خدمات سلامت روانی و مراقبت‌های سطح اولیه خدمات باشد. در حال حاضر PrEP در شرایط کشور ما تنها در موارد زیر توصیه می‌گردد:

- ✓ مردان MSM که تماس جنسی بدون کاندوم با شرکای جنسی متعدد دارند. البته مردان MSM که تماس جنسی با تنها یک شریک جنسی HIV مثبت کنترل شده با دارو (بار ویروسی غیر قابل شمارش) دارند و یا به شکل مستمر از کاندوم استفاده می‌کنند، مشمول دریافت PrEP نمی‌شوند.
- ✓ زنان و مردان هتروسکسوال که شریک جنسی آنها مبتلا به عفونت HIV می‌باشد (discordant – HIV) و داروی ضد رتروویروسی مصرف نمی‌کند و یا بار ویروسی detectable دارند و از کاندوم نیز استفاده نمی‌کند. خاطر نشان می‌شود که در صورت استفاده از کاندوم نیازی به پروفیلاکسی پیش از تماس نمی‌باشد.
- ✓ زنان sex-worker که تماس‌های متعدد محافظت نشده دارند.

ملاحظات اجرایی:

◀ رژیم ارجح برای PrEP مصرف روزانه یک قرص **Tenofovir + Emtricitabine** که حاوی 300 میلی‌گرم تنوفوویر و 200 میلی‌گرم امتریسیتابین است می‌باشد. به عنوان روش جایگزین رژیم دو دارویی تنوفوویر و لامیوویدین را هم می‌توان در نظر گرفت. در حال حاضر هیچ رژیم دارویی ضد ترزوویروسی دیگری برای PrEP به غیر از موارد ذکر شده توصیه نمی‌شود. رژیم PrEP به صورت دوره‌های 1 ماهه در اختیار فرد قرار می‌گیرد.

◀ قبل از شروع پیشگیری دارویی پیش از تماس موارد زیر باید توجه شود:

○ باید با ارزیابی‌های کامل بالینی و آزمایشگاهی ابتلا به عفونت HIV در فرد دریافت‌کننده رد شده باشد.

○ کارکرد کلیه نرمال باشد. در کسانی که کلیرانس کراتینین زیر 60 می‌باشد، PrEP نباید شروع شود.

○ وضعیت عفونت هپاتیت B یا واکسیناسیون هپاتیت B مشخص باشد. در بیمار مبتلا به هپاتیت B، تصمیم در ارتباط با شروع PrEP باید به بعد از بررسی وضعیت هپاتیت فرد موکول شود. در این شرایط با متخصصین مربوطه مشورت شود.

○ از پایبندی فرد به درمان اطمینان حاصل شده باشد.

◀ کسانی که تحت رژیم پیشگیرانه قبل از تماس قرار می‌گیرند باید به درستی پی‌گیری شوند. آنان باید هر سه ماه یکبار ویزیت شوند و در هر ویزیت موارد زیر مد نظر قرار گیرد:

○ اطمینان از مصرف دارو و پایبندی مناسب

○ ارزیابی عوارض دارویی

○ بروز احتمالی علائم عفونت زودرس

○ تکرار آزمایش HIV

○ ارزیابی عملکرد کلیوی شامل کراتینین سرم

○ ارزیابی از نظر STI در اولین ویزیت سه ماهه و پس از آن هر شش ماه یک بار

○ ارزیابی از نظر بارداری

○ ارزیابی رفتارهای پرخطر و در صورت وجود، مشاوره تغییر رفتار

◀ 5-7 روز PrEP برای رسیدن به حداکثر حفاظت قبل از تماس آنال و 20 روز برای حداکثر حفاظت قبل از تماس واژینال لازم است. اگر فردی قبل از رسیدن به حداکثر حفاظت با PrEP در معرض تماس با منبع HIV مثبت قطعی قرار گیرد، باید پروفیلاکسی بعد از مواجهه برای وی شروع شود و پس از 4 هفته دریافت پروفیلاکسی سه دارویی به رژیم دو دارویی PrEP تبدیل شود. نیازی به ایجاد فاصله زمانی بین این دو پروتکل یعنی PEP و PrEP نیست.

◀ اگر فرد دیگر در خطر اکتساب عفونت نیست و مواجهه ادامه نداشته باشد، همانند پروفیلاکسی بعد از مواجهه PrEP را می‌توان 28 روز بعد از آخرین تماس بالقوه با مایعات آلوده به HIV ادامه داد و سپس قطع نمود.

◀ لازم است فرد دریافت کننده PrEP هر سال از نظر ضرورت ادامه پیشگیری پیش از تماس ارزیابی شود. به هر حال همچنان مهمترین توصیه در پیشگیری از انتقال در حین تماس جنسی، مصرف صحیح و مداوم کاندوم است.

ویژگی‌های متخصصین و پزشکان در مراکز ایدز

مجموعه دستورالعمل‌های مراقبت و درمان HIV/AIDS

۵. دستورالعمل مدیریت موارد غیر شغلی با HIV/AIDS

پیشگیری دارویی قبل و بعد از تماس

ویرایش چهارم - آبان ۱۳۹۴

مرکز مدیریت پایداری و کنترل بیماری‌های واگیردار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زیرکیت تخصصی مراقبت و درمان

دستورالعمل مدیریت مراقبت غیر شغلی با HIV/AIDS

کمیته نظارت بر اجرای برنامه SIP

شاسنامه کتاب در برنامه استراتژیک
این رهنمود در راستای نبل به هدف ۳۶ از استراتژی یازدهم برنامه استراتژیک تهیه شده است و از زیر ساخت‌های لازم برای رسیدن به اهداف مراقبت و درمان استراتژی هفتم می‌باشد. مجموعه حاضر توسط گروه تخصصی مراقبت و درمان و با هدف تعیین استانداردهای مراقبت و درمان افراد مبتلا به HIV تهیه شده و در مرداد ماه ۱۳۹۶ توسط کمیته تخصصی مراقبت و درمان تأیید گردیده و جهت بهره برداری در اختیار شبکه متخصصین و پزشکان در مراکز ایدز قرار گرفته است.

* S11026: بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت و درمان موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد

6. Develop a consolidated prevention capacity-building and technical assistance plan

مقدمه:

در چهارمین برنامه استراتژیک برای نیل به اهداف تعیین شده پیشگیری (و مراقبت و درمان و...) متناسب با استانداردهای ارائه خدمت اهدافی برای تقویت زیر ساخت شامل سه بخش پیش بینی شده است:

1. **زیرساخت برنامه ای:** مجموع اهدافی که شامل تهیه برنامه، دستورالعمل‌ها و مدول‌های آموزشی مرتبط پیش‌بینی شده است.
2. **زیرساخت ارائه خدمت:** مجموعه اهدافی که شامل ایجاد مراکز و تامین نیروی انسانی و یا فراهم آوردن بسترهای لازم برای ادغام خدمات در مراکز موجود مورد نیاز است. که این بخش می‌تواند مربوط به بخش‌های دولتی یا غیردولتی باشد.
3. **زیرساخت توانمند سازی نیروی انسانی:** مجموعه اهدافی که برای مهارت آموزی و آموزش نیروهای انسانی اعم از دولتی و غیر دولتی ارائه دهندگان خدمت پیش‌بینی شده است.

از طرف دیگر همانطور که در بخش قبلی نیز اشاره شد بخش اول دستورالعمل‌های مصوب SIP به تعیین استانداردهای هر یک از زیر ساخت‌های ارائه خدمت، شامل استاندارد مکان، تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی ونحوه راه‌اندازی و... پرداخته شده است. لذا استاندارد زیر ساخت‌ها در گروه‌های هدفی که دستورالعمل ارائه خدمات دارند. (زنان در معرض بیشترین آسیب و کاهش آسیب مصرف کنندگان تزریقی مواد) تعیین شده است و برای سایر گروه‌ها نیز پس از تکمیل فورمت استاندارد دستورالعمل‌ها تکمیل خواهد شد.

در این بخش به اهداف مرتبط با پیشگیری از استراتژی تقویت زیر ساخت چهارمین برنامه استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی پرداخته شده است.

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| 1400 | 1399 | 1398 | 1397 | 1396 | 1395 | 1394 | عنوان هدف | سازمان/سازمانها ی متولی | زیرگروه هدف | گروه هدف | استراتژی | هدف |
|------|------|------|------|------|------|------|--|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|-----|
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | برنامه استراتژیک مبتنی بر نتایج شاخص‌های پایش و ارزشیابی و تغییرات الگوی اپیدمیولوژیک هر سال مورد بازبینی قرار گیرد. | کمیته فنی کشوری | all | all | S11 | O06 |
| | | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | دستورالعمل‌های نحوه آموزش و اطلاع رسانی و محتوای آموزشی استاندارد آموزش ماهیت بیماری راههای پیشگیری با تمرکز بر کاهش استیگما به تفکیک گروه‌های هدف برنامه تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد | کمیته فنی کشوری | 0 | ALL | S11 | O07 |
| | | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | دستورالعمل‌های نحوه آموزش و اطلاع رسانی و محتوای آموزشی استاندارد آموزش ماهیت بیماری راههای پیشگیری با تمرکز بر کاهش استیگما دانش آموزان تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد | کمیته فنی کشوری | دانش آموزان | جوانان | S11 | O08 |
| | | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | بسته جامع دستورالعمل‌ها ی خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. | کمیته فنی کشوری | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | S11 | O09 |

| ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----------------------------|----------------------------|------------------------|--|------|------|------|------|------|------|------|
| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
| O10 | S11 | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | کمیته فنی کشوری | بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه زنان در معرض بیشترین آسیب تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | | |
| O11 | S11 | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | کمیته فنی کشوری | بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه مردان در معرض بیشترین آسیب تهیه و سالیانه مورد بازبینی قرار گیرد | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | |
| O12 | S11 | مصرف کنندگان مواد محرک | مصرف کنندگان مواد محرک | کمیته فنی کشوری | بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ‌آی‌وی ویژه مصرف کنندگان مواد محرک تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | | |
| O17 | S11 | ALL | ALL | کمیته فنی کشوری | بسته جامع دستورالعمل مشاوره و توصیه به انجام تست تدوین و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | | |
| O18 | S11 | مبتلایان به HIV | مبتلایان به HIV | کمیته فنی کشوری | بسته جامع دستورالعمل‌های خدمات باشگاه‌های مثبت و خدمات مراقبت در منزل تدوین و | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | | |

| ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--|-----------------|------------------------|--|------|------|------|------|------|------|------|
| هدف | استراتژی | گروه هدف | زیرگروه هدف | سازمان/سازمانهای متولی | عنوان هدف | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 |
| | | | | | دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. | | | | | | | |
| O19 | S11 | مبتلایان به HIV | مبتلایان به HIV | کمیته فنی کشوری | بسته جامع دستورالعمل‌های نحوه ادغام خدمات ارائه داروهای ضد رتروویروسی در سایر خدمات مراکز دولتی / غیر دولتی تهیه و هر دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. | 100% | 100% | 100% | 0% | 100% | | |
| O22 | S11 | all | all | کمیته فنی کشوری | دستورالعمل جامع مراقبت اپیدمیولوژیک شامل سرولوژیک و رفتاری تدوین و سالیانه یکبار بازبینی قرار گیرد. | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | |
| O23 | S11 | all | all | کمیته فنی کشوری | دستورالعمل جامع نحوه پایش و ارزشیابی و ارزیابی فرآیندهای برنامه استراتژیک تدوین و سالیانه یکبار بازبینی قرار گیرد. | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | |
| O24 | S11 | مبتلایان به HIV | مبتلایان به HIV | آزمایشگاه مرجع سلامت | دستورالعمل نحوه استفاده از وسائل و تجهیزات آزمایشگاهی مورد استفاده در نظام مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد. | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | | |
| | S11 | 011.2. فراهم آوردن امکان ارائه خدمات در مراکز و تیم‌های سیار | | | | | | | | | | |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| 1400 | 1399 | 1398 | 1397 | 1396 | 1395 | 1394 | عنوان هدف | سازمان/سازمانها ی متولی | زیرگروه هدف | گروه هدف | استراتژی | هدف |
|------|------|------|------|------|------|------|--|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|-----|
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد در صد مراکز گذری (DIC) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند | وزارت بهداشت سازمان بهبیستی | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | S11 | O27 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد مراکز سیار جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند | وزارت بهداشت سازمان بهبیستی | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | S11 | O28 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد مراکز نگهداری شبانه جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند | سازمان بهبیستی | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | S11 | O29 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد تیم های یاری رسان (Outreach) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند | وزارت بهداشت سازمان بهبیستی | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | S11 | O30 |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| 1400 | 1399 | 1398 | 1397 | 1396 | 1395 | 1394 | عنوان هدف | سازمان/سازمانها ی متولی | زیرگروه هدف | گروه هدف | استراتژی | هدف |
|------|------|------|------|------|------|------|--|--|------------------------------|------------------------------|----------|-----|
| | | 12% | 11% | 10% | 8% | 6% | تعرفه های لازم برای ویزیت و ارائه خدمات برای درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به پوشش 12% سوء مصرف کنندگان تزریقی تامین و به مراکز ارائه خدمت دولتی تحویل شود. | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی سازمان زندانها | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد | S11 | O31 |
| | | 40% | 39% | 38% | 37% | 36% | تعرفه های لازم برای ویزیت و ارائه خدمات برای درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به پوشش 40% زندانیان مصرف کننده مواد تامین شود. | سازمان زندانها | زندانیان | زندانیان | S11 | O32 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه‌اندازی تجهیز و نگهداری گردند | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | S11 | O33 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد تیم های سیار جهت ارائه خدمت به زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | S11 | O34 |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| 1400 | 1399 | 1398 | 1397 | 1396 | 1395 | 1394 | عنوان هدف | سازمان/سازمانها ی متولی | زیرگروه هدف | گروه هدف | استراتژی | هدف |
|------|------|------|------|------|------|------|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|-----|
| | | | | | | | در استراتژی چهارم راه اندازی گردند | | | | | |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد مراکز نگهداری شبانه زنان جهت ارائه خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان به زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند | سازمان بهزیستی | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | S11 | O35 |
| | | 100% | 100% | 100% | 0% | 0% | صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت مردان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | S11 | O36 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد تیم های سیار جهت ارائه خدمت به مردان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی گردند | وزارت بهداشت سازمان بهزیستی | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | S11 | O37 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد مراکز مشاوره (VCT) مورد نیاز جهت رسیدن اهداف | وزارت بهداشت | all | all | S11 | O40 |

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

| 1400 | 1399 | 1398 | 1397 | 1396 | 1395 | 1394 | عنوان هدف | سازمان/سازمانها ی متولی | زیرگروه هدف | گروه هدف | استرات ژی | هدف |
|------|------|------|------|------|------|------|---|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|-----|
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صدر درصد نیروهای ارائه دهنده خدمت سرپناه های شبانه زنان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند. | وزارت بهداشت سازمان بهبیستی | زنان در معرض بیشترین آسیب | زنان در معرض بیشترین آسیب | S11 | O60 |
| | | 100% | 100% | 100% | 0% | 0% | صد درصد نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز مشاوره و مراقبت مردان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند. | وزارت بهداشت سازمان بهبیستی | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | S11 | O61 |
| | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | صد درصد نیروهای ارائه دهنده خدمت در تیم های سیار جهت ارائه خدمت به مردان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند. | وزارت بهداشت سازمان بهبیستی | مردان در معرض بیشترین آسیب | مردان در معرض بیشترین آسیب | S11 | O62 |

**7. Establish or strengthen
social contracting
mechanisms for civil society
implementers, and expand
community-based responses**

مقدمه:

با توجه به محدودیت‌ها و بروکرسی‌های اداری از یک طرف و موانع فرهنگی از طرف دیگر برای دسترسی به جمعیت‌های کلیدی، عمدتاً از بخش‌های غیر دولتی استفاده می‌شود.

حیطه دوم پیشگیری: جمعیت‌های کلیدی**زنان در معرض بیشترین آسیب**

ارائه خدمات به این گروه، عمدتاً به دو روش زیر انجام می‌شود:

1. Facility Base: همان مراکز ویژه زنان آسیب‌پذیر است، استاندارد این مراکز توسط SIP تعیین شده و به روش خرید خدمت، ارائه خدمات توسط افراد حقیقی و یا حقوقی غیردولتی انجام می‌شود. به نظر می‌رسد علی‌رغم هزینه بالای این مراکز دسترسی مناسبی به جمعیت کلیدی مورد نظر حاصل نشده است.
2. Community Base: استفاده از تیم‌های سیار و مراکز سیار که عمدتاً توسط گروه همسان برای ارائه خدمات یکی از روش‌های اصلی است که در برنامه چهارم به آن توجه شده بود. ارزیابی‌های اولیه حاکی از موفقیت بیشتر این روش نسبت به روش مبتنی بر مرکز بوده است و در سال‌های انتهایی برنامه چهارم این رویکرد، گسترش بیشتری پیدا کرده است.

مردان در معرض بیشترین آسیب

اگر چه برنامه‌های این گروه بسیار نوپا است، اما به دلیل موانع فرهنگی و محدودیت‌های شدید بروکرسی‌های اداری کلیه برنامه‌ها توسط گروه‌های غیردولتی و گروه‌های همسان انجام می‌شود.

مصرف کنندگان تزریقی مواد

ارائه خدمات به این گروه نیز عمدتاً به دو روش زیر انجام می‌شود:

1. Facility Base: مراکز متعددی برای ارائه خدمات کاهش آسیب به این جمعیت کلیدی در نظر گرفته شده است که عبارتند از مراکز DIC گذری، ایستگاه‌های کاهش آسیب، سرپناه‌های شبانه، مراکز درمان نگهدارنده با آگونیسست. استاندارد این مراکز توسط SIP تعیین شده و به روش خرید خدمت، ارائه خدمات عمدتاً توسط افراد حقیقی و یا حقوقی غیر دولتی انجام می‌شود. مراکز درمان نگهدارنده با آگونیسست عمدتاً توسط بخش خصوصی اداره می‌شوند که اغلب گیرندگان خدمت در این مراکز لزوماً گروه هدف برنامه اچ‌آی‌وی نیستند و بخش کوچکی از آنها توسط سیستم دولتی ارائه می‌شود، اگرچه به منظور دسترسی جمعیت کلیدی برنامه اچ‌آی‌وی، خدمت آگونیسست در مراکز DIC نیز ارائه می‌شود.

2. **Community Base**: استفاده از تیم‌های سیار و مراکز سیار که عمدتاً توسط گروه همسان برای ارائه خدمات یکی از روش‌های اصلی است که در برنامه چهارم به آن توجه شده بود. ارزیابی‌های اولیه حاکی از موفقیت بیشتر این روش نسبت به روش مبتنی بر مرکز بوده است و در سال‌های انتهایی برنامه چهارم این رویکرد، گسترش بیشتری پیدا کرده است.

مصرف کنندگان مواد محرک

در حال حاضر زیر ساخت مستقلی برای این گروه در نظر گرفته نشده است و مصرف کنندگان مواد محرک نیز از زیر ساخت‌های ارائه خدمت مصرف کنندگان تزریقی مواد و با رویکردهای اشاره شده در آن گروه بهره‌مند می‌شوند.

مبتلایان به بیماریهای آمیزشی

خدمات ارائه شده به جمعیت عمدتاً توسط بخش خصوصی و یا دولتی ارائه می‌شود.

زندانیان

با توجه به محدودیت‌های امنیتی در زندان عمده خدمات توسط بخش دولتی ارائه می‌شود. اگرچه بخشی از خدمات توسط گروه‌های همسان نیز ارائه می‌شود.

شرکای جنسی افراد مبتلا به اچ آی وی

ارائه خدمات به این گروه نیز عمدتاً Facility Base در دو جایگاه زیر انجام می‌شود:

1. مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری: که عمدتاً توسط نیروهای دولتی ارائه خدمت انجام می‌شود.
2. باشگاه‌های مثبت: که اغلب به صورت خرید خدمت به افراد حقیقی و حقوقی سپرده شده و عمدتاً از گروه‌های همسان برای ارائه خدمت استفاده می‌کنند.

افراد تراجنسی

این گروه در برنامه چهارم به عنوان یک گروه هدف نبوده و طبق مصوبه SIP مقرر شده در برنامه پنجم به عنوان یک گروه هدف جدید در نظر گرفته شوند. به نظر می‌رسد برای این گروه نیز استفاده از گروه‌های همسان و فعالیت‌های غیر دولتی بیشترین اثر بخشی را خواهد داشت.

حیطه پنجم پیشگیری: پیشگیری دارویی قبل از تماس

با توجه به مصوبه کمیته مراقبت و درمان، سیاست کلان پیشگیری دارویی قبل از تماس تبیین شده است و دستورالعمل‌های اجرایی آن از سال 1397 تدوین شده است. در حال حاضر این خدمت صرفاً توسط مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری (دولتی) ارائه می‌شود. در برنامه پنجم در نظر است برای گروه مردان در معرض بیشترین آسیب تحویل دارو به صورت Other setting و در مراکز غیردولتی و زیر نظر مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری انجام خواهد شد.

8. Assess available resources for prevention and develop a strategy to close financing gaps

مقدمه:

در چهارمین برنامه استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی برای تعیین بودجه مورد نیاز برنامه مراحل زیر طی شده است:

1. تعیین استانداردها:

ابتدا استاندارد فعالیت‌های مورد نیاز برای نیل به اهداف سالیانه تعیین شد. مبنای تعیین استانداردها مبتنی بر مطالعات موجود در سطح ملی و بین‌المللی، دستورالعمل‌های موجود کشوری، شواهد و اجماع نظرات کارشناسی بوده است. برای اهدافی که بیش از یک سازمان متولی داشته‌اند، استانداردها یکسان تعریف شده است.

2. تعریف بسته‌های خدمت:

مجموعه خدماتی که لازم است به هر یک از گروه‌های هدف ارائه شود، مبتنی بر استانداردهای در قالب بسته‌های خدمت تعریف شد. بسته‌های خدمتی برای گروه‌های هدفی که بیش از یک سازمان متولی داشته‌اند، یکسان تعریف شده است.

3. تعیین زیر ساخت‌های ارائه خدمت:

زیرساخت‌های لازم متناسب با بسته‌های خدمتی و نحوه دسترسی به گیرندگان خدمت مشتمل بر سه جزء اصلی زیر تعیین شد:

1. زیرساخت‌های برنامه‌ای:

تعریف فرآیندهای استاندارد اجرایی هر برنامه به منظور ارائه خدمات و تهیه محتواهای آموزشی برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت در قالب تدوین دستورالعمل‌های اجرایی در این قسمت پیش بینی شد.

2. زیرساخت‌های ارائه خدمت:

در این بخش ابتدا، مراکز و زیرساخت‌های نیروی انسانی موجود در کشور مورد ارزیابی قرار گرفت و تا حد ممکن تلاش شد، ارائه بسته‌های خدمت در زیرساخت‌های موجود ادغام (در سطح مرکز و نیروی انسانی) شود. در این موارد استانداردهایی که برای ادغام لازم است به بستر موجود اضافه شود، تعریف شد. در شرایطی که به دلیل ماهیت متفاوت خدمات، و یا ویژگی‌های گروه هدف و یا با هدف افزایش امکان دسترسی، استاندارد زیرساخت‌های ویژه برای بعضی از گروه‌های هدف تعریف شد. در هر دو حالت ظرفیت هر زیرساخت بر مبنای تعداد گیرندگان خدمت تعیین شد.

3. زیرساخت توانمند سازی نیروی انسانی:

در این بخش، متناسب با نوع خدمت و زیر ساخت‌های تعریف شده، تعداد نیروی انسانی دخیل در امر ارائه خدمت و روش آموزش آنها تعیین شد.

4. تعیین اهداف کمی سالیانه :

متناسب با اهداف پوششی و سایز جمعیت گروه هدف، تعداد افرادی که در نظر است خدمات مذکور را در هر سال دریافت نمایند، تعیین شد. علاوه بر دو پارامتر فوق یکی دیگر از عوامل تعیین کننده اهداف کمی، فرآیندهای متصل بر یکدیگر بوده است. به عنوان مثال تعداد افراد مبتلای گیرنده خدمت، متأثر از تعداد موارد تشخیص داده شده و تعداد موارد تشخیص داده شده متأثر از تعداد گروه‌هایی است که تحت پوشش دریافت بسته‌های خدمت بوده‌اند.

5. تعیین سهم سازمان‌ها:

در خصوص اهدافی که بیش از یک متولی اجرا دارند، متناسب با رسالت سازمانی و بسترهای موجود، درصد سهم هر یک از سازمان‌ها مشخص شد.

6. تعیین قیمت واحد هر خدمت:

بودجه مورد نیاز خدمات مبتنی بر اجزاء یک بسته خدمتی و تخمینی از درصد افرادی که به هر یک از اجزا آن بسته نیاز دارند تعیین شد و سرانه خدمت برای هر بسته محاسبه شد.

در بخش زیر ساخت‌ها نیز بودجه مورد نیاز برای هر یک از واحدهای ارائه خدمت محاسبه شد. در مورد خدمات ادغام شده، بودجه مورد نیاز برای تسهیلاتی که لازم است به بستر موجود افزوده شود محاسبه شد.

قیمت واحد بر اساس قیمت های سال 1394 محاسبه شده و برای سال های بعد، در هر سال 20٪ افزایش قیمت واحد نسبت به سال قبل دیده شده است.

روش برآورد بودجه مورد نیاز :

مطابق مثال زیر؛ هدف کمی (A) هر سازمان حاصل ضرب هدف پوششی (a) در جمعیت پایه (b) در سهم سازمان (c) می‌باشد.

مثال : هدف پوشش 10٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در سازمانی که 40٪ سهم نیل به این هدف را بر عهده دارد عبارت خواهد بود از: $8000 \text{ نفر} = 200000 * 10\% * 40\%$

دو پارامتر اصلی تعیین کننده تعداد زیر ساخت مورد نیاز عبارتند از استاندارد ارائه خدمت و هدف کمی.

مثال : برای ایجاد پوشش سرنگ و سوزن از دو زیر ساخت DIC و تیم های سیار استفاده می‌شود . مطابق استانداردهای ارائه خدمت توافق شده یک سوم موارد از طریق DIC و دو سوم موارد از طریق تیم یاری رسان خدمت دریافت کنند. و مطابق استانداردهای ارائه خدمت از کل ظرفیت پیش بینی شده هر DIC ، 30 نفر از کل ظرفیت هر تیم سیار نیز 30 نفر برای ایجاد پوشش استفاده مستمر سرنگ و سوزن در نظر گرفته شده است . لذا تعداد DIC ها و تیمهای سیار مورد نیاز این سازمان برای پوشش 8000 نفر عبارت خواهد بود از :

$$DIC = (1/3 * 8000) / 30 = 89 \quad Outreach = (2/3 * 8000) / 30 = 178$$

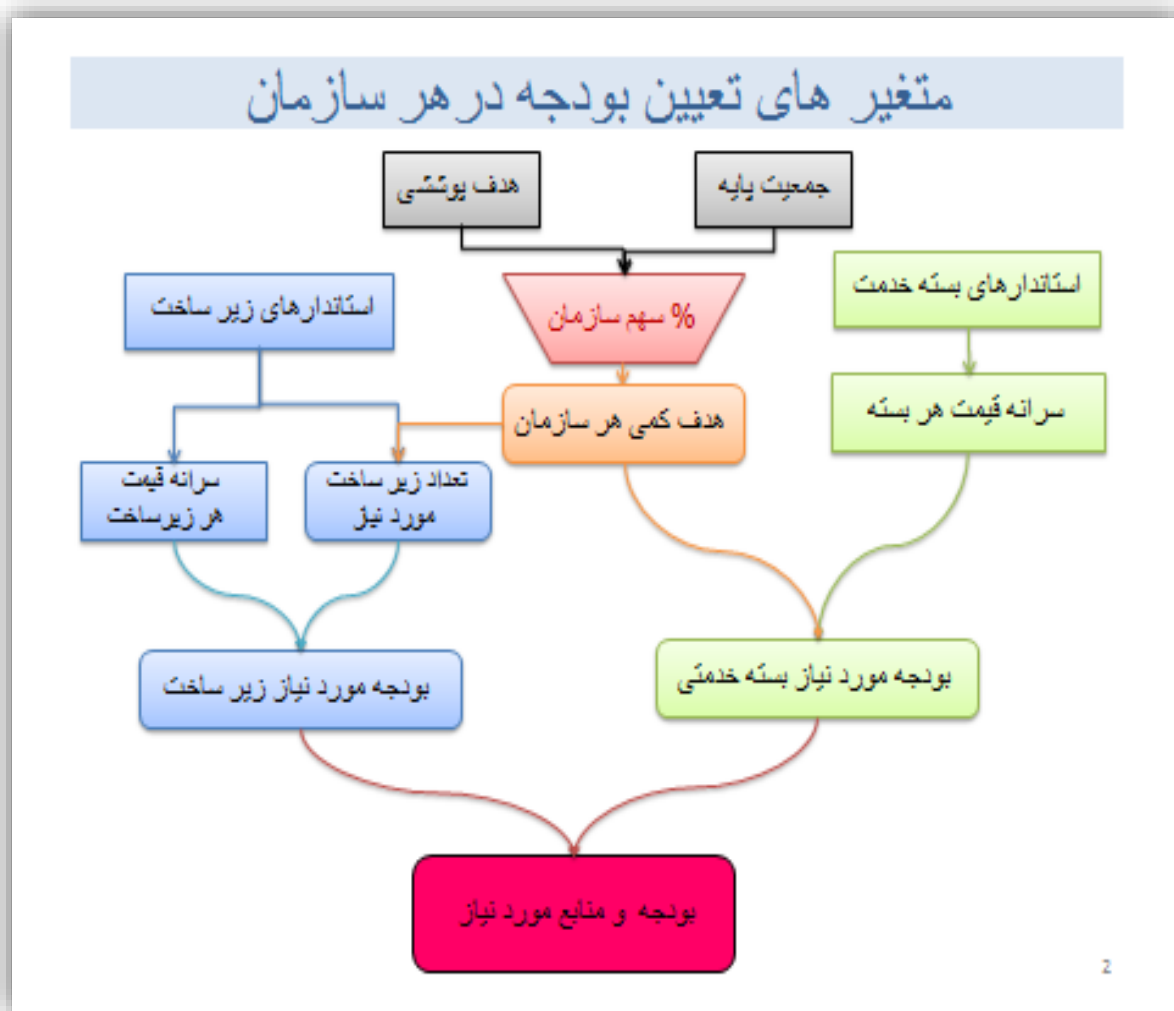
مطابق استانداردهای خدمت و استانداردهای زیرساخت، پارامترهای تعیین کننده قیمت سرانه برای هر بسته خدمتی و هر واحد ارائه خدمت خواهد بود.

مثال : قیمت سرانه بسته خدمت : a ریال قیمت سرانه هر DIC : b ریال و قیمت سرانه هر تیم سیار : c ریال
محاسبه شده است

کل بودجه مورد نیاز از تجمیع حاصل ضرب اهداف کمی در قیمت سرانه خدمت و تعداد مورد نیاز زیر ساخت در قیمت سرانه هر زیر ساخت حاصل خواهد شد:

در مثال فوق بودجه مورد نیاز سازمان مذکور برای ایجاد پوشش سرنگ و سوزن در 8000 نفر سوء مصرف کننده مواد عبارت خواهد بود از

$$A=(8000*a)+(89*b)+(178*c)$$



تحلیل برنامه مبتنی بر بودجه پیش‌بینی شده سال اول:

1. سهم برنامه‌های مختلف در برنامه استراتژیک:

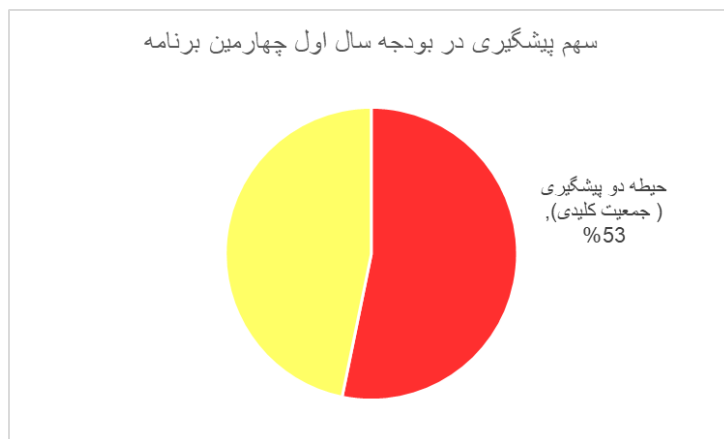
با توجه به اینکه اپیدمی در گروه سوءمصرف کنندگان متمرکز است، بیشترین سهم پیش بینی شده مربوط به برنامه‌های کاهش آسیب؛ مراقبت و درمان و تامین سلامت خون است.

با توجه با تمرکز اپیدمی در جمعیت مصرف کنندگان تزریقی مواد از یک طرف و با عنایت به اهمیت گسترش خدمات مراقبت و درمان مبتلایان به عفونت با هدف ارتقا سلامت مبتلایان و کاهش بار ویروسی که نهایتاً می‌تواند منجر به کنترل بیماری در جامعه گردد. اختصاص بالاترین سهم به برنامه کاهش آسیب و مراقبت و درمان قابل توجیه است.

حفظ سلامت خون نیز که همواره یکی از اصلی ترین اولویت های برنامه استراتژیک بوده است، و همین امر توجیه کننده سهم بالاتر این برنامه است. برنامه تشخیص اچ‌آی‌وی، برنامه مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب، برنامه آموزش عمومی و آموزش جوانان از سایر برنامه‌هایی هستند که سهم بیشتری را به خود اختصاص داده اند. با توجه به اینکه برنامه‌های کودکان خیابانی، برنامه مردان، برنامه مادران در سال اول به صورت پایلوت انجام می‌شوند، بدیهی است در این سال سهم کمتری را دارا هستند.

| عنوان برنامه ها | بودجه سال اول (ریال) | سهم هر برنامه |
|-----------------------------|----------------------|---------------|
| 01. آموزش عمومی | 141,895,217,320 | 7/17% |
| 02. آموزش جوانان | 67,952,832,603 | 3/43% |
| 03. تامین سلامت خون | 207,605,000,000 | 10/49% |
| 04. کاهش آسیب | 769,675,677,552 | 38/89% |
| 05. برنامه زنان | 121,106,212,813 | 6/12% |
| 06. برنامه مردان | 17,070,371,654 | 0/86% |
| 07. برنامه کودکان خیابانی | 27,653,464,547 | 1/40% |
| 08. کنترل بیماریهای آمیزشی | 1,804,671,000 | 0/09% |
| 09. پیشگیری مادر به کودک | 16,589,180,553 | 0/84% |
| 10. سل و اچ آی وی | 9,323,192,328 | 0/47% |
| 11. تشخیص اچ آی وی | 158,560,312,333 | 8/01% |
| 12. مراقبت و درمان اچ آی وی | 335,462,437,512 | 16/95% |
| 13. حمایت | 77,702,765,191 | 3/93% |
| 14. پایش و ارزشیابی | 24,354,281,481 | 1/23% |
| 15. زیرساخت برنامه ای | 2,150,000,000 | 0/11% |
| کل | 1,978,905,616,887 | 100/00% |

سه‌م بودجه مرتبط با حیطه دوم پیشگیری (جمعیت‌های کلیدی) در چهارمین برنامه استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی، معادل 53٪ کل بودجه پیش‌بینی شده برای سال اول برنامه است:



دسته‌بندی فعالیت‌های هر برنامه:

فعالیت‌های هر برنامه در چهار بخش زیر تقسیم‌بندی شده‌اند:

- 1. بسته خدمت:** مجموع بودجه مورد نیاز تمام فعالیت‌های است که در قالب خدمات استاندارد به گروه هدف ارائه می‌شود
- 2. زیرساخت برنامه‌ای:** مجموع بودجه‌های است که برای تهیه برنامه، دستورالعمل‌ها و مدول‌های آموزشی مرتبط پیش‌بینی شده است.
- 3. زیرساخت ارائه خدمت:** مجموع بودجه‌های است که برای ایجاد مراکز و تامین نیروی انسانی و یا فراهم آوردن بستری لازم برای ادغام خدمات در مراکز موجود مورد نیاز است.
- 4. زیرساخت توانمندسازی نیروی انسانی:** مجموع بودجه‌های است که برای مهارت‌آموزی و آموزش نیروهای انسانی ارائه‌دهندگان خدمت پیش‌بینی شده است.

اگر چه نسبت‌های این فعالیت‌ها در هر برنامه متفاوت است اما در مجموع در سال اول برنامه، بیش از 60٪ بودجه‌های پیش‌بینی شده به بسته‌های خدمت اختصاص یافته، 37٪ برای تامین زیرساخت ارائه خدمت و در مجموع 2.5٪ برای توانمندسازی نیروی انسانی و تامین زیرساخت‌های برنامه‌ای در نظر گرفته شده است.

| درصد | بودجه سال اول (ریال) | دسته بندی فعالیت‌ها |
|-------------|--------------------------|------------------------------------|
| 59%/52 | 1,040,652,897,683 | بسته خدمت |
| 37%/42 | 838,473,390,769 | زیر ساخت ارائه خدمت |
| 76%/4 | 94,245,995,102 | زیر ساخت توانمند سازی نیروی انسانی |
| 28%/0 | 5,533,333,333 | زیرساخت برنامه ای |
| 100% | 1,978,905,616,887 | کل |

این نسبت‌ها برای برنامه‌های مرتبط با پیشگیری حیطة دوم در سال اول برنامه چهارم به شرح زیر بوده است:

| دسته بندی فعالیت ها | بودجه سال اول (ریال) | درصد |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------|
| بسته خدمت | 311,513,063,841 | 28.44% |
| زیرساخت ارائه خدمت | 770,151,673,748 | 70.32% |
| زیرساخت توانمند سازی نیروی انسانی | 12,631,405,556 | 1.15% |
| زیرساخت برنامه‌ای | 900,000,000 | 0.08% |
| کل | 1,095,196,143,144 | 100.00% |

همانطور که مشاهده می‌شود در برنامه چهارم عمده بودجه پیش بینی شده در حیطة دوم پیشگیری (جمعیت کلیدی) صرف ایجاد زیرساخت ارائه خدمت شده است.

این عمدتاً به این علت است که خدمات پیش بینی شده، قابلیت ادغام در زیر ساخت‌های موجود را نداشته است و همین امر خود منجر می‌شود علی‌رغم صرف هزینه نسبتاً بالا پوشش خدمات پیشگیری برای جمعیت‌های کلیدی در حد مطلوب نباشد.

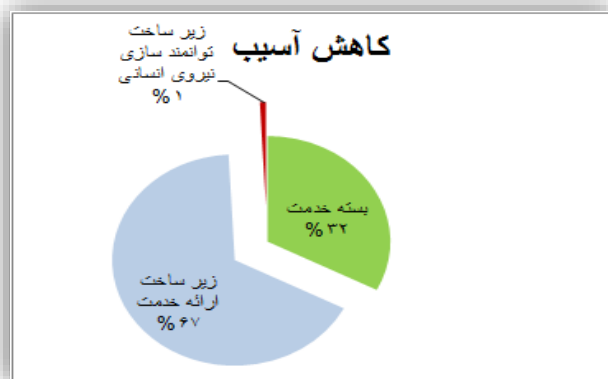
در ادامه به تحلیل بودجه‌های پیش بینی شده برای سه برنامه اصلی در حیطة دوم پیشگیری پرداخته می‌شود.

1. کاهش آسیب
2. برنامه زنان
3. برنامه مردان

لازم به ذکر است از آنجا که خدمات سایر جمعیت‌های کلیدی در حیطة دوم پیشگیری (زندانیان و بیماران آمیزشی، همسر مبتلایان و مصرف کنندگان مواد محرک) عمدتاً به صورت ادغام یافته در سایر زیرساخت‌ها ارائه می‌شود، لذا درصد قابل توجه به هزینه به بسته خدمتی اختصاص پیدا می‌کند.

از آنجا که برنامه پیشگیری دارویی قبل از تماس در برنامه چهارم استراتژیک دیده نشده است، در این بخش امکان تحلیل بودجه آن وجود ندارد.

تحلیل بودجه برنامه کاهش آسیب :



این برنامه که مشتمل بر همه خدمات آموزش، برنامه سرنگ و سوزن، درمان نگهدارنده متادون، توزیع کاندوم برای مصرف کنندگان مواد مخدر و محرک عمدتاً از نوع تزریقی می باشد. این برنامه بیشترین سهم از کل برنامه استراتژیک (43.2٪) را شامل می شود.

در برنامه کاهش آسیب 67٪ کل بودجه صرف زیر ساخت ارائه خدمت می شود. هزینه‌های زیرساخت تقریباً دو برابر هزینه بسته‌های خدمتی است.

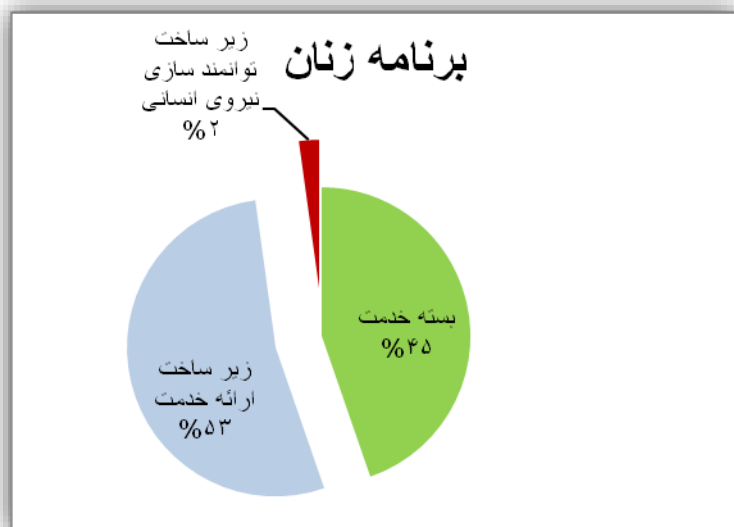
سازمان بهزیستی، اداره سوءمصرف مواد وزارت بهداشت و سازمان زندانها از شرکای اصلی برنامه در این بخش می باشند.

| سهم سازمانها در برنامه کاهش آسیب | | |
|----------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| درصد | بودجه سال اول | نام سازمان |
| 33/88% | 260,755,316,915 | سازمان بهزیستی |
| 9/09% | 69,950,870,248 | بسته خدمت |
| 24/14% | 185,834,863,333 | زیر ساخت ارائه خدمت |
| 0/65% | 4,969,583,333 | زیر ساخت توانمند سازی نیروی انسانی |
| 38/38% | 295,380,549,360 | سازمان زندانها |
| 9/77% | 75,160,341,360 | بسته خدمت |
| 28/61% | 220,220,208,000 | زیر ساخت ارائه خدمت |
| 0/04% | 300,000,000 | کمیته فنی کشوری |
| 0/04% | 300,000,000 | زیرساخت برنامه ای |
| 27/71% | 213,239,811,277 | وزارت بهداشت |
| 7/99% | 61,511,246,832 | بسته خدمت |
| 19/38% | 149,132,175,556 | زیر ساخت ارائه خدمت |
| 0/34% | 2,596,388,889 | زیر ساخت توانمند سازی نیروی انسانی |
| 100/00% | 769,675,677,552 | Grand Total |

تحلیل بودجه برنامه زنان:

این برنامه که مشتمل بر همه خدمات آموزش، برنامه غربالگری بیماری‌های آمیزشی، توزیع کاندوم برای زنان در معرض بیشترین آسیب، همسر مصرف کنندگان تزریقی، همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی می باشد. سهم این برنامه از کل برنامه استراتژیک (7.8٪) است.

در برنامه زنان 53٪ کل بودجه صرف زیرساخت ارائه خدمت می‌شود. هزینه‌های زیر ساخت تقریباً برابر هزینه بسته‌های خدمتی است.



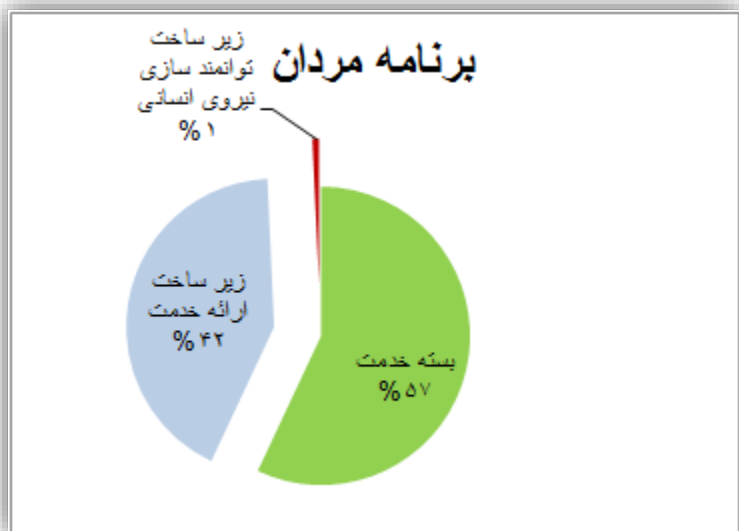
سازمان بهزیستی، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت از شرکای اصلی برنامه در این بخش می‌باشند.

| سهم سازمانها در برنامه زنان: | | |
|------------------------------------|------------------------|----------------|
| نام سازمان | بودجه سال اول | درصد |
| سازمان بهزیستی | 54,859,540,613 | 45/30% |
| بسته خدمت | 16,353,390,000 | 13/50% |
| زیر ساخت ارائه خدمت | 37,570,150,613 | 31/02% |
| زیر ساخت توانمند سازی نیروی انسانی | 936,000,000 | 0/77% |
| کمیته فنی کشوری | 150,000,000 | 0/12% |
| زیرساخت برنامه ای | 150,000,000 | 0/12% |
| وزارت بهداشت | 66,096,672,200 | 54/58% |
| بسته خدمت | 21,942,085,000 | 18/12% |
| زیر ساخت ارائه خدمت | 42,403,187,200 | 35/01% |
| زیر ساخت توانمند سازی نیروی انسانی | 1,751,400,000 | 1/45% |
| Grand Total | 121,106,212,813 | 100/00% |

تحلیل بودجه برنامه مردان :

این برنامه برای اولین بار و به صورت پایلوت انجام می‌شود. لذا در سال اول سهم بسیار کمی را به خود اختصاص داده است (0.5٪). این برنامه مشتمل بر همه خدمات آموزش، برنامه غربالگری بیماریهای آمیزشی، توزیع کاندوم برای مردان در معرض بیشترین آسیب، می‌باشد.

در برنامه مردان 42٪ کل بودجه صرف زیرساخت ارائه خدمت و 57٪ برای هزینه بسته‌های خدمتی پیش‌بینی شده است.



مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت در سال اول به عنوان پایلوت این برنامه را اجرا خواهد نمود.

| سهم سازمانها در برنامه مردان: | | |
|------------------------------------|-----------------------|----------------|
| نام سازمان | بودجه سال اول | درصد |
| سازمان زندانها | 424,081,569 | 2/48% |
| بسته خدمت | 424,081,569 | 2/48% |
| کمیته فنی کشوری | 150,000,000 | 0/88% |
| زیرساخت برنامه ای | 150,000,000 | 0/88% |
| وزارت بهداشت | 16,496,290,085 | 96/64% |
| بسته خدمت | 4,905,404,000 | 28/74% |
| زیر ساخت ارائه خدمت | 11,485,652,752 | 67/28% |
| زیر ساخت توانمند سازی نیروی انسانی | 105,233,333 | 0/62% |
| Grand Total | 17,070,371,654 | 100/00% |

9. Establish or strengthen prevention programme monitoring systems

9.1- Develop indicators

9.2- Standardised registration and reporting (MIS)

9.3- Standard process evaluation tools

9.4- Data quality assurance

9.1-Develop indicators

مقدمه:

وظیفه تعیین شاخص‌های پایش و ارزشیابی در چهارمین برنامه ملی استراتژیک بر عهده گروه فنی پایش و ارزشیابی (یکی از زیرگروه‌های فنی SIP) بوده است. این گروه خود مشتمل بر سه زیرگروه زیر است:

1. زیرگروه تخصصی مراقبت اپیدمیولوژیک (شاخص‌های Outcome و Impact)
2. زیرگروه ارزیابی تخصصی اهداف کوتاه مدت (شاخص Input, Output)
3. زیرگروه ارزیابی تخصصی فرآیندهای اجرایی (شاخص Process)

در ادامه شاخص‌های مرتبط با حیطه دوم پیشگیری (جمعیت‌های کلیدی) در چهارمین برنامه استراتژیک معرفی می‌شود. همانطور که قبلاً نیز اشاره شد از آنجا که برنامه پیشگیری دارویی قبل از تماس در سال‌های انتهایی برنامه چهارم به آن اضافه شده است؛ شاخص‌های مرتبط با این حیطه پیشگیری در برنامه پنجم تعیین خواهند شد.

شاخص‌های نتیجه نهایی مرتبط با حیطه دوم پیشگیری (Impact indicator)

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | سطح شاخص | شماره شاخص |
|---------|-----------------------|-----------------|---------------------------------|--|-----------------|------------|---|--|---|------|-------------|------------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | |
| جنس- سن | دو سال یکبار | سرشماری | آمار رسمی اداره آمار کشور | جمعیت کشور | (Spectrum) | Estimation | تعداد کل افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی | HIV شیوع در کل جامعه | تا پایان سال 1398 شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از 0.15٪ باقی بماند. | 1 | Impact | 1 |
| جنس- سن | 0 | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد مبتلا به اچ‌آی‌وی | HIV شیوع در مصرف کنندگان تزریقی | تا پایان سال 1398 شیوع ابتلا به عفونت HIV در مصرف کنندگان تزریقی کشور کمتر از 15٪ باقی بماند. | 2 | Impact | 2 |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs مبتلا به اچ‌آی‌وی | HIV شیوع در FSWs | تا پایان سال 1398 شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از 5٪ باقی بماند. | 3 | Impact | 3 |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs مبتلا به اچ‌آی‌وی | HIV شیوع در MSMs | تا پایان سال 1398 شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از 5٪ باقی بماند. | 3 | Impact | 4 |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد همسر مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد همسر مصرف کننده تزریقی مواد مبتلا به اچ‌آی‌وی | HIV شیوع در همسر مصرف کننده تزریقی مواد | تا پایان سال 1398 شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از 5٪ باقی بماند. | 3 | Impact | 5 |

شاخص های برآیند مرتبط با حیطه دوم
پیشگیری

(Outcome Indicators)

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Outcome | شماره شاخص |
|----------|--------------------------|-----------------|--------------------------------|---|-----------------|--------------------------------|---|---|--|---------|------------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | |
| جنس | ابتدا و انتهای برنامه | تحقیق | پرسشنامه استاندارد تحقیق | تعداد افراد بالای 15 سال دارای علائم STI شرکت کننده در تحقیق | تحقیق | پرسشنامه استاندارد تحقیق | تعداد افراد بالای 15 سال که علائم STI داشته و به مراکز درمانی استاندارد مراجعه کرده اند | اقدام مناسب در برخورد با علائم STI | تا پایان سال 1398 حداقل 80٪ افراد دارای علائم بیماریهای آمیزشی ، به مراکز استاندارد ارائه دهنده خدمات مراقبتی مراجعه کرده باشند. | 3 | 3 |
| جنس - سن | ابتدا و انتهای برنامه | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد که 3راه انتقال صحیح را بدانند ودو راه انتقال غلط را رد کنند | آگاهی و نگرش مصرف کننده تزریقی مواد | تا پایان سال 1398 حداقل 41٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد بتوانند هم روش‌های پیش‌گیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم درخصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند | 5 | 1 |
| جنس - سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد که در آخرین مصرف از وسایل استریل و غیر مشترک استفاده کرده است | درصد مصرف کننده مواد استفاده کننده از وسایل استریل | تا پایان سال 1398 حداقل 90٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین بار از وسایل استریل و غیر مشترک در مصرف مواد استفاده کنند... | 6 | 2 |
| جنس - سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد که در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده است | استفاده در مصرف کننده تزریقی | تا پایان سال 1398 حداقل 73٪ مصرف کنندگان تزریقی موارد در 12 ماه گذشته در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند(عدد پایه در تماس جنسی با شریک جنسی پولی است) | 7 | 3 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Obligation Goal | سطح شاخص | شماره شاخص | |
|-------|-----------------------|-----------------|-------|--|-----------------|-------|--|---|---|--------------------|----------|------------|----|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs که 3راه انتقال صحیح را بدانند و دو راه انتقال غلط را رد کنند | آگاهی و نگرش FSWs | تا پایان سال 1398 درصد افراد در معرض خطر انتقال جنسی که می‌توانند هم روش‌های پیش‌گیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم درخصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند 20٪ نسبت به عدد پایه افزایش یابد | 3 | 1 | Outcome | 8 |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs که 3راه انتقال صحیح را بدانند و دو راه انتقال غلط را رد کنند | آگاهی و نگرش MSMs | تا پایان سال 1398 درصد افراد در معرض خطر انتقال جنسی که می‌توانند هم روش‌های پیش‌گیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم درخصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند 20٪ نسبت به عدد پایه افزایش یابد | 3 | 1 | Outcome | 9 |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد همسر مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد همسر مصرف کننده تزریقی مواد که 3راه انتقال صحیح را بدانند و دو راه انتقال غلط را رد کنند | آگاهی و نگرش همسر مصرف کننده تزریقی مواد | تا پایان سال 1398 درصد افراد در معرض خطر انتقال جنسی که می‌توانند هم روش‌های پیش‌گیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم درخصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند 20٪ نسبت به عدد پایه افزایش یابد | 3 | 1 | Outcome | 10 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Obligation Goal | سطح شاخص | شماره شاخص | |
|-------|-----------------------|-----------------|-------|--|-----------------|-------|--|---|---|--------------------|----------|------------|----|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs که در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده است | از استفاده کاندوم FSWs در | تا پایان سال 1398 درصدا فراد در معرض بیشترین خطر انتقال جنسی که در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کرده اند 20٪ افزایش یابد(عدد پایه شریک جنسی غیر پولی در نظر گرفته شده است) | 3 | 2 | Outcome | 12 |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs که در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده است | از استفاده کاندوم MSMs در | تا پایان سال 1398 درصدا فراد در معرض بیشترین خطر انتقال جنسی که در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کرده اند 20٪ افزایش یابد(عدد پایه شریک جنسی غیر پولی در نظر گرفته شده است) | 3 | 2 | Outcome | 13 |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد همسر مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد همسر مصرف کننده تزریقی مواد که در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده است | از استفاده کاندوم در همسر مصرف کننده تزریقی مواد | تا پایان سال 1398 درصدا فراد در معرض بیشترین خطر انتقال جنسی که در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کرده اند 20٪ افزایش یابد(عدد پایه شریک جنسی غیر پولی در نظر گرفته شده است) | 3 | 2 | Outcome | 14 |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs که در صورت وجود علائم STI به خدمات استاندارد درمان دسترسی داشته است | درمان STI در FSWs در | تا پایان سال 1398 10٪ درصدا فراد در معرض خطر انتقال جنسی مبتلا به بیماریهای آمیزشی تشخیص داده شده و تحت درمان استاندارد قرار گرفته باشند. | 3 | 3 | Outcome | 15 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Nbr:activity Goal | سطح شاخص | شماره شاخص |
|-------|-----------------------|-----------------|-------|------------------------|-----------------|-------|--|----------------------|--|----------------------|----------|------------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | |
| سن | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs که در صورت وجود علائم STI به خدمات استاندارد درمان دسترسی داشته است | درمان STI در MSMs | تا پایان سال 1398 10٪ درصد افراد در معرض خطر انتقال جنسی مبتلا به بیماریهای آمیزشی تشخیص داده شده و تحت درمان استاندارد قرار گرفته باشند. | 3 | Outcome | 16 |

شاخص های برون داد حیطة دوم
پیشگیری
(Output Indicators)

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | تجهیز | شماره |
|-------|-----------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------|--|--|--|------|-----------|-----------|--------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| جنس | سالیانه | گزارش گیری روتین | گزارش سازمان زندانها | تعداد کل زندانیان | گزارش روتین گیری | فرم ثبت آموزش ها | تعداد زندانیانی که مطابق استاندارد آموزش دیده اند | درصد زندانیان آموزش دیده | حداقل 60٪ زندانیان با اقامت بیش از 10 روز در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV واصول کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند. | 1 | 1 | 16 | Output | 16 |
| جنس | سالیانه | گزارش گیری روتین | گزارش سازمان زندانها | تعداد کل همسر زندانیان | گزارش روتین گیری | فرم ثبت آموزش ها | تعداد همسر زندانیانی که مطابق استاندارد آموزش دیده اند | درصد همسر زندانیان آموزش دیده | حداقل 20٪ از همسر زندانیان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند. | 1 | 1 | 17 | Output | 17 |
| جنس | 0 | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت انتقال خون | تعداد اهدا کنندگان خون پرخطر | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت انتقال خون | تعداد اهدا کنندگان پرخطر که مطابق استاندارد آموزش دیده اند | درصد اهدا کنندگان پرخطر آموزش دیده | 100٪ افرادی که به علت رفتار پر خطر در زمینه انتقال HIV از اهدا خون معاف می گردند با راههای انتقال HIV و راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV آشنا گردند. | 1 | 4 | 3 | Output | 26 |
| جنس | 0 | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت انتقال خون | تعداد اهدا کنندگان خون پرخطر | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت انتقال خون | تعداد اهدا کنندگان پرخطر که مطابق استاندارد تحت آزمایش اچ‌آی‌وی قرار گرفته اند | درصد اهدا کنندگان پرخطر آزما یش شده | 50٪ افرادی که جهت انجام آزمایش HIV مبادرت به اهدا خون می کنند، امکان انجام آزمایش رایگان داشته باشند. | 1 | 4 | 4 | Output | 27 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع چشمه | شماره |
|-------|-----------------------|-------------------------|--|--|------------------------|---|--|--|--|------|-----------|-----------|-------------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| جنس | سالیانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل مصرف کنندگان تزریقی | گزارش روتین گیری | فرم ثبت آموزش ها | تعداد مصرف کننده تزریقی که مطابق استاندارد آموزش دیده اند | درصد مصرف کنندگان تزریقی آموزش دیده | حداقل 40٪ مصرف کنندگان مواد تزریقی در سال تحت پوشش آموزش استاندارد راههای پیشگیری از HIV و راههای کاهش آسیب و روش صحیح استفاده از کاندوم قرار گیرند. | 2 | ۱ | 1 | Output | 28 |
| جنس | دوسال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده که در صورت نیاز به سرنگ و سوزن رایگان دسترسی داشته است | دسترسی به سرنگ و سوزن | تا پایان برنامه 40٪ تزریق کنندگان مواد به خدمات رایگان سرنگ و سوزن دسترسی داشته باشند | 2 | ۱ | 1 | Output | 29 |
| جنس | سالیانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل مصرف کننده | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمت مراکز کاهش آسیب | تعداد مصرف کننده که حداقل یک بار از خدمات رایگان سرنگ و سوزن استفاده کرده است. | اتصال به خدمت | تا پایان برنامه 40٪ تزریق کنندگان مواد به خدمات رایگان سرنگ و سوزن دسترسی داشته باشند | 2 | ۱ | 1 | Output | 30 |
| جنس | سالیانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل مصرف کننده | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمت مراکز کاهش آسیب | تعداد مصرف کننده که به صورت هفتگی سرنگ و سوزن رایگان دریافت کرده اند | پوشش سرنگ و سوزن | حداقل 20٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه به صورت هفتگی سرنگ و سوزن رایگان را دریافت کنند. | 2 | ۱ | 2 | Output | 31 |
| جنس | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت خدمت مراکز گاه ش آسیب | تعداد افراد تحت پوشش | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمت مراکز کاهش آسیب | تعداد سرنگ و سوزن توزیع شده | کفایت سرنگ و سوزن | حداقل 20٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه به صورت هفتگی سرنگ و سوزن رایگان را دریافت کنند. | 2 | ۱ | 2 | Output | 32 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع نتیجه | شماره | |
|-------|-----------------------|-------------------------|-------------------|--|----------------|----------------|--|---|------------------------------|---|-----------|-----------|--------------|--------|----|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | | |
| جنس | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل مصرف کننده تزریقی مواد | گزارش روتین | گزارش روتین | ثبت دفاتر متادون | تعداد مصرف کننده تزریقی که مطابق استاندارد تحت پوشش برنامه متادون قرار گرفته اند | پوشش متادون | حداقل 14٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین از برنامه کاهش آسیب قرار گیرند | 2 | 1 | 3 | Output | 33 |
| جنس | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل مصرف کننده تزریقی مواد | گزارش روتین | گزارش روتین | ثبت دفاتر متادون | تعداد مصرف کننده تزریقی که مطابق استانداردیک سال(؟) /بیشتر از شروع درمان متادون گذشته و همچنان بر روی درمان نگهدارنده است | بقا بر درمان متادون | حداقل 14٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین از برنامه کاهش آسیب قرار گیرند | 2 | 1 | 3 | Output | 34 |
| جنس | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل مصرف کننده تزریقی مواد | گزارش روتین | گزارش روتین | ثبت دفاتر متادون | تعداد مصرف کننده تزریقی که مطابق استاندارد دز کافی مطابق استاندارد (حداقل متوسط 75 میلی گرم (؟) در روز) | کفایت متادون | حداقل 14٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین از برنامه کاهش آسیب قرار گیرند | 2 | 1 | 3 | Output | 35 |
| جنس | سالانه | گزارش گیری روتین | تخمین در زندان | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در زندان | گزارش روتین | گزارش روتین | ثبت دفاتر خدمت مراکز کاهش آسیب | تعداد سرنگ و سوزن توزیع شده در زندان | کفایت سرنگ و سوزن | حداقل 15٪ مصرف کنندگان تزریقی زندانی تا پایان بر نامه به صورت دوره ای سرنگ و سوزن رایگان دریافت کنند. | 2 | 1 | 4 | Output | 36 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع چشمه | شماره |
|-------|-----------------------|-------------------------|-------|---|------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|------|-----------|-----------|-------------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| جنس | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل زندانی مصرف کننده مواد | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت متادون | تعداد زندانی مصرف‌کننده مواد که مطابق استاندارد تحت پوشش برنامه متادون قرار گرفته اند | پوشش متادون | حداقل 40٪ زندانیان مصرف کننده مواد تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین قرار گیرند | 2 | 1 | 5 | Output | 37 |
| جنس | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد مصرف کننده که در صورت نیاز به کاندوم رایگان دسترسی داشته است | دسترسی به کاندوم | حداقل 40٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان بر نامه به کاندوم رایگان را دسترسی داشته باشند. | 2 | 3 | 1 | Output | 38 |
| جنس | سالانه | گزارش گیری روتین | تخمین | تعداد مصرف کننده تحت پوشش برنامه ش آسیب | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمت مراکز کاهش آسیب | تعداد کاندوم توزیع شده | کفایت کاندوم | حداقل 40٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان بر نامه به کاندوم رایگان را دسترسی داشته باشند. | 2 | 3 | 1 | Output | 39 |
| سن | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل FSWs | گزارش روتین گیری | فرم ثبت آموزش ها | تعداد FSWs که مطابق استاندارد آموزش دیده اند | درصد FSWs آموزش دیده | حداقل 40٪ زنان در معرض بیشترین آسیب، در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و استفاده صحیح از کاندوم قرار گیرند | 3 | 2 | 1 | Output | 40 |
| سن | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل MSMs | گزارش روتین گیری | فرم ثبت آموزش ها | تعداد MSMs که مطابق استاندارد آموزش دیده اند | درصد MSMs آموزش دیده | حداقل 10٪ مردان در معرض بیشترین آسیب، در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و استفاده صحیح از کاندوم قرار گیرند | 3 | 2 | 2 | Output | 41 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع محیط | شماره |
|-------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|---|------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------|--|------|-----------|-----------|-------------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| سن | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل MSMs | گزارش روتین گیری | فرم ثبت آموزش‌ها | تعداد MSMs که مطابق استاندارد آموزش دیده اند | درصد MSMs آموزش دیده | حداقل 10٪ مردان در معرض بیشترین آسیب، در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و استفاده صحیح از کاندوم قرار گیرند | 3 | 2 | 2 | Output | 42 |
| 0 | دو سال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد تحقیق FSWs در | تحقیق | IBBSS | تعداد FSWs که در صورت نیاز به کاندوم رایگان دسترسی داشته است | دسترسی به کاندوم | تا پایان برنامه 40٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند | 3 | 2 | 1 | Output | 43 |
| 0 | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل FSWs | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمات مراکز زنان | تعداد FSWs که حداقل یک بار از خدمات استاندارد رایگان کاندوم استفاده کرده است | دسترسی به کاندوم | تا پایان برنامه 40٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند | 3 | 2 | 1 | Output | 44 |
| 0 | سالانه | مطالعه تعیین سایز | تخمین | تعداد کل FSWs | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمات در مراکز زنان | تعداد FSWs که مطابق استاندارد ماهنامه کاندوم دریافت کرده اند . | پوشش کاندوم | تا پایان برنامه 20٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب هر ماه کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 3 | 2 | 2 | Output | 45 |
| 0 | سالانه | مطالعه تعیین سایز | دفاتر ثبت خدمات مراکز زنان | تعداد کل FSWs گیرنده خدمات در همان مقطع زمانی | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمات مراکز زنان | تعداد کاندوم توزیع شده به FSWs در یک مقطع زمانی | کفایت کاندوم | تا پایان برنامه 20٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب هر ماه کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 3 | 2 | 2 | Output | 46 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع چرخه | شماره |
|-------|--------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------|-------------|---|------------------|--|------|-----------|-----------|----------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| 0 | دوسال یکبار | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs در تحقیق | تحقیق | IBBSS | تعداد MSMs که در صورت نیاز به کاندوم رایگان دسترسی داشته است | دسترسی به کاندوم | تا پایان برنامه 5٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند. | 3 | 2 | 3 | Output | 47 |
| 0 | سالانه | مطالعه تعیین سائز | تخمین | تعداد کل MSMs | گزارش روتین | گزارش روتین | تعداد MSMs که حداقل یک بار از خدمات استاندارد رایگان کاندوم استفاده کرده است | دسترسی به کاندوم | تا پایان برنامه 5٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند. | 3 | 2 | 3 | Output | 48 |
| 0 | سالانه | مطالعه تعیین سائز | تخمین | تعداد کل MSMs | گزارش روتین | گزارش روتین | تعداد MSMs که مطابق استاندارد ماهیانه کاندوم دریافت کرده اند . | پوشش کاندوم | تا پایان برنامه 3٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب هر ماه کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 3 | 2 | 4 | Output | 49 |
| 0 | سالانه | گزارش گیری روتین | دفا تر ثبت خدمت مراکز مردان | تعداد کل MSMs در همان مقطع زمانی | گزارش روتین | گزارش روتین | تعداد کاندوم توزیع شده به MSMs در یک مقطع زمانی | کفایت کاندوم | تا پایان برنامه 3٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب هر ماه کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 3 | 2 | 4 | Output | 50 |
| 0 | سالانه | مطالعه تعیین سائز | تخمین | تعداد کل همسر مصرف کننده تزریقی مواد | گزارش روتین | گزارش روتین | تعداد همسر مصرف کننده تزریقی مواد که مطابق استاندارد ماهیانه کاندوم دریافت کرده اند . | پوشش کاندوم | تا پایان برنامه 6٪ از همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 3 | 2 | 5 | Output | 51 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع جمع | شماره |
|-------|-----------------------|------------------------|--|--|------------------------|---|--|------------------|--|------|-----------|-----------|------------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| 0 | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت خدمت مراکز زنان | تعداد کل همسر مصرف کننده تزریقی مواد گیرنده خدمت در همان مقطع زمانی | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمت مراکز زنان | تعداد کاندوم توزیع شده به همسر مصرف کننده تزریقی مواد در یک مقطع زمانی | کفایت کاندوم | تا پایان برنامه 6٪ از همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 3 | ۲ | 5 | Output | 52 |
| 0 | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت خدمت در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد کل همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمت در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی که مطابق استاندارد ماهیانه کاندوم دریافت کرده اند. | پوشش کاندوم | تا پایان برنامه 60٪ از همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 3 | ۲ | 6 | Output | 53 |
| 0 | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت خدمت در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد کل همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی گیرنده خدمت در همان مقطع زمانی | گزارش روتین گیری | دفاتر ثبت خدمت در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد کاندوم توزیع شده به همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی در یک مقطع زمانی | کفایت کاندوم | تا پایان برنامه 60٪ از همسر مبتلایان به اچ‌آی‌وی تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم رایگان دریافت کرده باشند. | 3 | ۲ | 6 | Output | 54 |
| 0 | سالیانه | گزارش گیری روتین | گزارش سازمان زندانها | تعداد کل زندانها | گزارش روتین گیری | دفتر ثبت خدمت زندان | تعداد زندان که در ملاقات شرعی مطابق استاندارد کاندوم توزیع می‌کند | دسترسی کاندوم | صدر صد زندانها امکان دسترسی به کاندوم در ملاقاتهای شرعی برای زندانیان وجود داشته باشد | 3 | ۲ | 7 | Output | 55 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع | شماره |
|-------|--------------------|--------------------------|-------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|------|-----------|-----------|--------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| 0 | دوسال یکبار | پرسشنامه استاندارد تحقیق | تحقیق | تعداد مصرف کننده مواد محرک در تحقیق | پرسشنامه استاندارد تحقیق | تحقیق | تعداد مصرف کننده مواد محرک که در صورت نیاز به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته است | دسترسی مصرف کننده مواد محرک به خدمت | حداقل 4/ درصد مصرف کنندگان مواد محرک تا پایان برنامه تحت پوشش بسته استاندارد کاهش آسیب مواد محرک قرار گیرند . | 3 | 2 | 9 | Output | 60 |
| 0 | سالپانه | مطالعه تعیین سائز | تخمین | تعداد کل مصرف کننده مواد محرک | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت خدمت مراکز کاهش آسیب | تعداد مصرف کننده مواد محرک که حداقل یک بار از خدمات استاندارد رایگان کاندوم استفاده کرده است | دسترسی مصرف کننده مواد محرک به خدمت | حداقل 4/ درصد مصرف کنندگان مواد محرک تا پایان برنامه تحت پوشش بسته استاندارد کاهش آسیب مواد محرک قرار گیرند . | 3 | 2 | 9 | Output | 61 |
| 0 | دوسال یکبار | پرسشنامه استاندارد تحقیق | تحقیق | تعداد بیماران آمیزشی در تحقیق | پرسشنامه استاندارد تحقیق | تحقیق | تعداد بیماران آمیزشی که در طول دوره درمان از کاندوم استفاده کرده اند | پوشش کاندوم بیمران آمیزشی | حداقل 10٪ بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی وزارت بهداشت تا پایان برنامه مطابق استاندارد تحت پوشش استفاده از کاندوم قرار گیرند | 3 | 3 | 10 | Output | 62 |
| 0 | سالپانه | مطالعه تعیین سائز | تخمین | تعداد کل FSWs مبتلا به STI | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت خدمت مراکز زنان | تعداد FSWs مبتلا به STI که دوره درمان استاندارد را دریافت کرده اند . | پوشش درمان STI | تا پایان برنامه 10٪ از زنان در معرض بیشترین آسیب تحت معاینات دوره ای بیماریهای آمیزشی و درمان استاندارد قرار گیرند. | 3 | 2 | 1 | Output | 63 |
| 0 | سالپانه | مطالعه تعیین سائز | تخمین | تعداد کل MSMs مبتلا به STI | گزارش گیری روتین | دفاتر ثبت خدمت مراکز زنان | تعداد MSMs مبتلا به STI که دوره درمان استاندارد را دریافت کرده اند . | پوشش درمان STI | تا پایان برنامه 5٪ از مردان در معرض بیشترین آسیب تحت معاینات دوره ای بیماریهای آمیزشی و درمان استاندارد قرار گیرند. | 3 | 2 | 2 | Output | 64 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع چشمه | شماره |
|-------------------------|-----------------------|------------------------|--|---|------------------------|--|---|--|--|------|-----------|-----------|-------------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| جنس - سن - عوامل خطر | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز کودکان خیابانی | تعداد کل کودکان خیابانی | گزارش روتین گیری | دفتر مراقبت مراکز کودکان خیابانی | تعداد کودکان خیابانی که در مورد تست اولیه اچ‌آی‌وی قرار گرفته اند | پوشش تست تشخیصی کودکان خیابانی | حداقل 15٪ درصد کودکان خیابانی اچ‌آی‌وی پس از توصیه به انجام تست مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند . | 5 | 1 | 8 | Output | 79 |
| جنس - سن - عوامل خطر | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز کودکان خیابانی | تعداد کودکان خیابانی که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده اند | گزارش روتین گیری | دفتر ثبت مشاوره و تست مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد کودکان خیابانی که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده و نتجه تست نهایی آنها مشخص شده است | پوشش تست تشخیصی کودکان خیابانی | حداقل 70٪ درصد کودکان خیابانی اچ‌آی‌وی پس از نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار بگیرند . | 5 | 1 | 9 | Output | 80 |
| جنس | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز ش آسیب | تعداد کل مصرف کننده تزریقی مواد | گزارش روتین گیری | دفتر مراقبت مراکز کاهش آسیب | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد که در مورد تست اولیه اچ‌آی‌وی قرار گرفته اند | پوشش تست تشخیصی مصرف کننده تزریقی مواد | حداقل 54٪ درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد پس از توصیه به انجام تست اچ‌آی‌وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ‌آی‌وی قرار گیرند . | 5 | 1 | 10 | Output | 81 |
| جنس | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز کاهش آسیب | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده اند | گزارش روتین گیری | دفتر ثبت مشاوره و تست مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد مصرف کننده تزریقی مواد که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده و نتیجه تست نهایی آنها مشخص شده است | پوشش تست تشخیصی مصرف کننده تزریقی مواد | حداقل 90٪ درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ‌آی‌وی قرار بگیرند . | 5 | 1 | 11 | Output | 82 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Obiectiv | Intervent | نوع محیط | شماره |
|-------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|---|---------------|----------------|--|---|-------------------------------|------|----------|-----------|-------------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| 0 | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز FSWs | تعداد کل FSWs | گزارش گیری | گزارش روتین | دفتر مراقبت مراکز FSWs | تعداد FSWs که در مورد تست اولیه اچ‌آی‌وی قرار گرفته‌اند | پوشش تست تشخیصی FSWs | 5 | 1 | 12 | Output | 83 |
| 0 | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز FSWs | تعداد FSWs که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده اند | گزارش گیری | گزارش روتین | دفتر ثبت مشاوره و تست مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد FSWs که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده و نتجه تست نهایی آنها مشخص شده است | پوشش تست تشخیصی FSWs | 5 | 1 | 13 | Output | 84 |
| 0 | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز MSMs | تعداد کل MSMs | گزارش گیری | گزارش روتین | دفتر مراقبت مراکز MSMs | تعداد MSMs که در مورد تست اولیه اچ‌آی‌وی قرار گرفته‌اند | پوشش تست تشخیصی MSMs | 5 | 1 | 14 | Output | 85 |
| 0 | سالیانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز MSMs | تعداد MSMs که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده اند | گزارش گیری | گزارش روتین | دفتر ثبت مشاوره و تست مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد MSMs که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده و نتجه تست نهایی آنها مشخص شده است | پوشش تست تشخیصی MSMs | 5 | 1 | 15 | Output | 86 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervent | نوع چشمه | شماره |
|-------|-----------------------|------------------------|--|--|--------------|----------------|--|--|---|------|-----------|-----------|-------------|-------|
| | | روش جمع آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | تعریف | | | | | | | |
| جنس | سالانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز بیماران آمیزی | تعداد کل بیماران آمیزی | گیری | گزارش روتین | دفتر مراقبت مراکز بیماران آمیزی | تعداد بیماران آمیزی که در مورد تست اولیه اچ‌آی‌وی قرار گرفته اند | پوشش تست تشخیصی بیماران آمیزی | 5 | 1 | 16 | Output | 87 |
| جنس | سالانه | گزارش گیری روتین | دفتر مراقبت مراکز بیماران آمیزی | تعداد بیماران آمیزی که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده اند | گیری | گزارش روتین | دفتر ثبت مشاوره و تست مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد بیماران آمیزی که دارای تست اولیه اچ‌آی‌وی مثبت بوده و نتجه تست نهایی آنها مشخص شده است | پوشش تست تشخیصی بیماران آمیزی | 5 | 1 | 17 | Output | 88 |
| جنس | سالانه | گزارش گیری روتین | دفتر کاهش آسیب مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد مبتلا به اچ‌آی‌وی | گیری | گزارش روتین | دفتر کاهش آسیب مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری | تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد مبتلا به اچ‌آی‌وی که تحت پوشش برنامه متادون قرار گرفته اند | پوشش متادون | 5 | 2 | 7 | Output | 95 |

شاخص‌های درون‌داد حیطة دوم پیشگیری (Input Indicators)

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervention | سطح شاخص | شماره شاخص |
|--------------|--------------------|----------------------|----------------------------|------------------------------------|------------------|------------------------|--|------------|---|-------------|-----------|--------------|----------|------------|
| | | جمع | روش آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | | | | | | | |
| گروه‌های هدف | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد پایگاه دیده ور پیش بینی شده | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد پایگاه دیده ورمطابق استاندارد انجام شده | 0 | 100% گروه‌های هدف مورد انتظار تحت دیده وری سرولوژیک قرار بگیرند | H S S | 1 | 2 | Input | 1 |
| گروه‌های هدف | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مطالعه رفتاری پیش بینی شده | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نتایج انتشار یافته مطالعات رفتاری که مطابق استاندارد انجام شده | 0 | صدر درصد گروه‌های هدف مورد انتظار تحت دیده وری رفتاری قرار بگیرند | H S S | 1 | 3 | Input | 2 |
| نوع تحقیق | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد تحقیقات کاربردی پیش بینی شده | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نتایج انتشار یافته تحقیقات کاربردی انجام شده | 0 | 100% تحقیقات کاربردی در خصوص تعیین جمعیت و اهداف پایه و اثر بخشی فرآیندهای پیشگیری، مراقبت و درمان پیش بینی شده در برنامه انجام شود | H S S | 1 | 4 | Input | 3 |
| نوع تحقیق | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد تحقیقات کاربردی پیش بینی شده | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نتایج انتشار یافته تحقیقات کاربردی انجام شده | 0 | 100% تحقیقات کاربردی مورد نیاز برای تدوین برنامه مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی انجام شود | H S S | 1 | 5 | Input | 4 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نتیجه مورد انتظار | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نتیجه پایش و ارزشیابی انتشار یافته | 0 | صد درصد شاخص‌های ارزیابی برنامه در زمان تعیین شده محاسبه؛ آنالیز و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابد. | H S S | 1 | 6 | Input | 5 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | گزارش گیری روتین | مستندات | دستورالعمل مطابق استاندارد تدوین / بازبینی شده | 0 | دستورالعمل‌ها ی بسته جامع خدمات کاهش آسیب ویژه مصرف کنندگان تزریقی مواد تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد | H S S | 2 | 8 | Input | 13 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervention | سطح شاخص | شماره شاخص |
|-------|--------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|------------------|------------------------|------------------|--|--|-------------|-----------|--------------|----------|------------|
| | | جمع | روش آوری | منبع | تعریف | جمع | روش آوری | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | گزارش گیری روتین | مستندات | دستورالعمل مطابق استاندارد تدوین / بازبینی شده | 0 | H S S | 2 | 9 | Input | 14 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | گزارش گیری روتین | مستندات | دستورالعمل مطابق استاندارد تدوین / بازبینی شده | 0 | H S S | 2 | 10 | Input | 15 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | گزارش گیری روتین | مستندات | دستورالعمل مطابق استاندارد تدوین / بازبینی شده | 0 | H S S | 2 | 11 | Input | 16 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | مراکز DIC | 100% مراکز گذری (DIC) مورد نیاز جهت رسیدن به هدف نهایی دوماه اندازی تجهیز و نگهداری گردند | H S S | 3 | 1 | Input | 23 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | مراکز سیار کاهش آسیب | 100% مراکز سیار جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به هدف نهایی دوم راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند | H S S | 3 | 2 | Input | 24 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervention | سطح شاخص | شماره شاخص |
|-------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|------------------|------------------------|------------------|--|-------------|-----------|--------------|----------|------------|
| | | جمع | روش آوری | منبع | تعریف | جمع | روش آوری | | | | | | | |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | مراکز نگهداری شبانه جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به هدف نهایی دوم راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند | H S S | 3 | 3 | Input | 25 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | صد درصد تیم های یاری رسان (Outreach) مورد نیاز جهت رسیدن به هدف نهایی دوم راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند | H S S | 3 | 4 | Input | 26 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | تعرفه های لازم برای ویزیت و ارائه خدمات برای درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به پوشش 14٪ مصرف کنندگان تزریقی تامین و به مراکز ارائه خدمت دولتی تحویل شود. | H S S | 3 | 5 | Input | 27 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | تعرفه های لازم برای ویزیت و ارائه خدمات برای درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به پوشش 40٪ زندانیان مصرف کننده مواد تامین شود. | H S S | 3 | 6 | Input | 28 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervention | سطح شاخص | شماره شاخص |
|-------|--------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|------------------|------------------------|------------------|--------------------|--|-------------|-----------|--------------|----------|------------|
| | | جمع | روش آوری | منبع | تعریف | جمع | روش آوری | | | | | | | |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | مرکز زنان | صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به هدف نهایی سوم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند | H S S | 3 | 7 | Input | 29 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | تیم های سیار زنان | صد درصد تیم های سیار جهت ارائه خدمت به زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به هدف نهایی سوم راه اندازی گردند | H S S | 3 | 8 | Input | 30 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | مرکز نگهداری زنان | صد درصد مراکز نگهداری شبانه زنان جهت ارائه خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان به زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به هدف نهایی سوم تجهیز و نگهداری گردند | H S S | 3 | 9 | Input | 31 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | مرکز مردان | صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت مردان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به هدف نهایی سوم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند | H S S | 3 | 10 | Input | 32 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد مرکز مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد مرکز موجود | تیم های سیار مردان | صد درصد تیم های سیار جهت ارائه خدمت به مردان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به هدف نهایی سوم راه اندازی گردند | H S S | 3 | 11 | Input | 33 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervention | سطح شاخص | شماره شاخص |
|-------|--------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|------------------------|------------------------|------------------------------------|---|-------------|-----------|--------------|----------|------------|
| | | جمع | روش آوری | منبع | تعریف | روش جمع آوری | منبع | | | | | | | |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای DIC | صد درصد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز DIC مطابق استاندارد تحت آموزش/باز آموزشی قرار گیرند. | H S S | 4 | 3 | Input | 48 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای مراکز سیار کاهش آسیب | صد درصد نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز سیار ویژه مصرف کنندگان تزریقی مطابق استاندارد تحت آموزش/باز آموزشی قرار گیرند. | H S S | 4 | 4 | Input | 49 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای مراکز نگهداری شبانه | صد درصد نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز نگهداری شبانه ویژه مصرف کنندگان تزریقی مطابق استاندارد تحت آموزش/باز آموزشی قرار گیرند. | H S S | 4 | 5 | Input | 50 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش تیم سیار کاهش آسیب | صد درصد نیروهای ارائه دهنده خدمت تیم های یاری رسان مطابق استاندارد تحت آموزش/باز آموزشی قرار گیرند. | H S S | 4 | 6 | Input | 51 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای مراکز زنان | صد درصد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش/باز آموزشی قرار گیرند. | H S S | 4 | 7 | Input | 52 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervention | سطح شاخص | شماره شاخص |
|-------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|------------------------|------------------------|---|-------------|-----------|--------------|----------|------------|
| | | جمع | روش آوری | منبع | تعریف | جمع | روش آوری | | | | | | | |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای تیم سیار زنان | H S S | 4 | 8 | Input | 53 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای مراکز نگهدار ی زنان | H S S | 4 | 9 | Input | 54 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای مراکز مردان | H S S | 4 | 10 | Input | 55 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای تیم سیار مردان | H S S | 4 | 11 | Input | 56 |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش نیروهای مراکز سیار کودکان خیابانی | H S S | 4 | 12 | Input | 57 |

| تفکیک | تواتر زمانی محاسبه | مخرج | | | صورت | | | عنوان شاخص | عنوان اهداف | Goal | Objective | Intervention | سطح شاخص | شماره شاخص |
|-------|--------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|---|-------------|-----------|--------------|----------|------------|
| | | جمع | روش آوری | منبع | تعریف | جمع | روش آوری | | | | | | | |
| 0 | سالانه | مشاهده مستندات موجود | استاندارد برنامه استراتژیک | تعداد نیروی مورد نیاز | گزارش گیری روتین | مستندات و گزارش سازمان | تعداد نیروی آموزش دیده | آموزش پرسنل بهداشتی درمانی | 80٪ پرسنل بهداشتی درمانی دخیل در امر تشخیص و درمان STI مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزشی قرار گیرند. | H S S | 4 | 29 | Input | 74 |

9.2-Standardised registration and reporting (MIS)

سیستم مدیریت داده‌ها یک رویکرد منظم برای مطالعه و جمع‌آوری/دسترسی به اطلاعات مورد نیاز برای مدیریت برنامه ریزی شده سطوح مختلف سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری است. هدف آن طراحی و اجرای روشها و فرآیندهای استاندارد است که امکان دسترسی به گزارشات با جزئیات کافی و مناسب را بصورت دقیق، مداوم و با زمان بندی مناسب فراهم کند.

در یک سیستم مدیریت داده‌های دقیق، با استفاده از روش‌های مدرن و کامپیوتری، داده‌های مرتبط از داخل و خارج یک سازمان جمع‌آوری می‌شود و در یک بانک اطلاعاتی (Database) جمع‌آوری می‌شود. اطلاعات در این بانک اطلاعاتی بطور مداوم به روز رسانی می‌شود و در اختیار افراد ذیربط قرار می‌گیرد.

اگرچه داده‌های مرتبط با برنامه کنترل اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران، از سال‌های قبل در قالب نظام‌های ثبت و گزارش دهی به صورت پراکنده جمع‌آوری می‌شده است، اما به دنبال تصویب چهارمین برنامه استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی تلاش شد تمامی نظام‌های ثبت و گزارش دهی برنامه‌های مرتبط با برنامه کنترل اچ‌آی‌وی موجود در سازمانهای مختلف، در قالب یک نظام واحد با عنوان سیستم مدیریت داده‌ها به گونه‌ای گنجانده شد، که قابلیت دستیابی به داده‌های صحیح، پایا و هدفمند برای محاسبه شاخص‌های برنامه در سطوح Outcome, Impact, Input, Process, Output را فراهم آورد.

"نظام مدیریت داده‌های اچ‌آی‌وی در سال 1396" توسط زیرگروه فنی پایش و ارزشیابی و زیر نظر کمیته نظارت بر اجرای برنامه استراتژیک (SIP) شکل گرفته است.

در نسخه اول MIS ضمن اعلام مراحل که منجر به شکل‌گیری این نظام شده است، نظام مدیریت داده‌های اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران معرفی می‌شود. در این نسخه عمدتاً داده‌های مرتبط با مراقبت و درمان در قالب MIS تعریف، ثبت و گزارش‌گیری شد.

در نسخه دوم؛ این مهم در خصوص داده‌های مرتبط با تشخیص و کاهش آسیب به مرحله اجرا در آمده است که خود شامل دو فاز است:

فاز 1: طراحی لیست خطی و فرم‌های گزارش دهی الکترونیک خدمات کاهش آسیب و تشخیص اچ‌آی‌وی

فاز 2: طراحی نرم‌افزار ثبت و گزارش دهی الکترونیک خدمات کاهش آسیب و تشخیص اچ‌آی‌وی

راهنمای حاضر به نحوه تکمیل لیست‌های خطی ثبت و گزارش دهی الکترونیک خدمات کاهش آسیب و تشخیص اولیه اچ‌آی‌وی (طراحی شده در فاز اول MIS2) پرداخته است.

کلیات و مفاهیم پایه

برای طراحی یک نظام منسجم مدیریت داده (MIS) مراحل زیر باید طی شود:

1. گام اول – تعیین اهداف برنامه

2. گام دوم – تعیین شاخص های اندازه گیری رسیدن به اهداف برنامه

3. گام سوم – تعیین روش محاسبه شاخص های تعیین شده

4. گام چهارم – تعیین و تعریف دقیق داده های مورد نیاز برای محاسبه شاخص ها

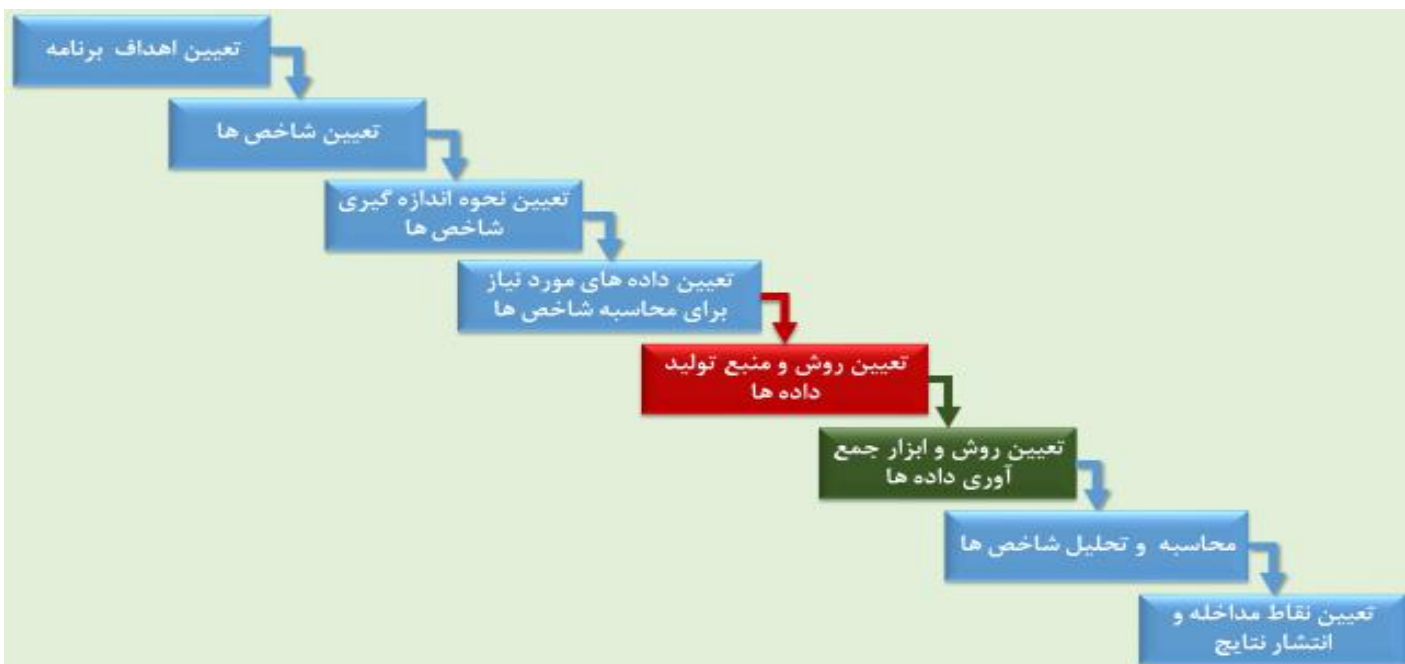
5. گام پنجم – تعیین روش و منبع تولید داده های مورد نیاز برای محاسبه شاخص ها (*نظام ثبت)

6. گام ششم – تعیین روش و ابزار جمع آوری داده های مورد نیاز برای محاسبه شاخص ها (*نظام گزارش دهی)

7. گام هفتم – محاسبه شاخص ها بر مبنای داده های جمع آوری شده و تحلیل شاخص ها

8. گام هشتم – تعیین نقاط مداخله و انتشار نتایج و ارائه پسخوراند

در اصل نظام ثبت خدمات یکی از اجزاء اصلی گام پنجم از یک طراحی جامع مدیریت یکپارچه داده است و تعیین



کننده این که چه مواردی در حین ارائه خدمت باید ثبت شود. این داده ها برای محاسبه شاخص ها مورد نیاز است. (لازم به ذکر است نظام ثبت روتین یکی از منابع تولید داده است و سایر منابع ممکن است مثلاً داده های تولید شده در جریان یک تحقیق و یا ... باشد).

نظام گزارش دهی روتین نیز یکی از اجزاء اصلی گام ششم از یک طراحی جامع مدیریت یکپارچه داده است و تعیین کننده این که چه داده هایی باید گزارش شود. این داده ها برای محاسبه شاخص ها مورد نیاز است. (لازم به ذکر است نظام گزارش دهی روتین یکی از منابع تولید داده است و سایر منابع ممکن است مثلاً داده های تولید شده در جریان یک تحقیق و یا ... باشد).

اجزاء استاندارد نظام ثبت خدمات:

همانطور که اشاره شد نظام ثبت مشابه کارخانه تولید داده است. این که یک کارخانه چه ماده ای را تولید می کند بستگی به این دارد که به چه ماده ای نیاز وجود دارد؛ یک نظام ثبت نیز باید داده ای را تولید کند که برای محاسبه شاخص ها به آن نیاز داریم.

یک نظام ثبت کارآمد، شامل دو جزء اصلی است:

1. **ثبت مبتنی بر فرد:** این ثبت در اصل همان پرونده بیمار است و لازم است کلیه خدمات ارائه شده برای فرد در آن ثبت شود، پرونده در اصل بایگانی از سوابق فردی و سوابق خدمات ارائه شده به فرد است، و به ارائه دهنده خدمت کمک می کند، خدمات را به موقع و هدفمند به فرد ارائه دهد. نکات اصلی از هر خدمت در پرونده ثبت می شود عبارت است از تاریخ، شرح خدمت/ شکایت بیمار و نام ارائه دهنده خدمت. توصیه می شود جهت سهولت استفاده از داده های ثبت شده در پرونده، در صورتی که در برنامه خدماتی به صورت استاندارد ارائه می شود، برای ثبت آنها در پرونده فرد فرم و یا جایگاه خاصی در نظر گرفته شود تا ارائه دهنده خدمت در زمان ارائه خدمت، به سهولت بتواند به اطلاعات مورد نیاز آن خدمت دستیابی داشته باشد.

نظام ثبت مبتنی بر فرد وسیله مناسبی برای تهیه گزارش و یا تهیه لیست افراد نیازمند پیگیری فعال نیست. اما منبع بسیار مناسبی برای استخراج داده های مورد نیاز ارزیابی فرآیند است.

2. **ثبت مبتنی بر خدمت:** این ثبت در اصل همان لیست های خطی و یا دفاتر خدمات مختلف است و لازم است اسامی و مشخصات همه افرادی که آن خدمت را دریافت می کنند در آن ثبت شود. نظام ثبت مبتنی بر خدمت وسیله مناسبی برای تهیه گزارش و یا تهیه لیست افراد نیازمند پیگیری فعال است. بدیهی است خدماتی که نیاز به پیگیری فعال دارند و یا مشمول ارائه گزارش هستند، باید در نظام ثبت مبتنی بر خدمت گنجانده شوند. اگرچه نظام ثبت مبتنی بر فرد (پرونده) ارجح ترین منبع برای استخراج داده های مورد نیاز مطالعات ارزیابی فرآیند است، اما از نظام های ثبت مبتنی بر خدمت (لیست های خطی) نیز می توان به عنوان منبع اصلی استخراج داده ها برای محاسبه شاخص های برون داد و نیز ابزار مناسب برای استخراج داده هایی که به کمک آن پیگیری فعال صورت بگیرد می توان استفاده نمود.

به این ترتیب هر خدمت در دو جا ثبت می شود:

1. پرونده (ثبت مبتنی بر فرد) 2. لیست خطی/دفتر (ثبت مبتنی بر خدمت)

اجزاء اصلی نظام ثبت

مبتنی بر خدمت

مبتنی بر فرد

| | |
|--|--|
| مشخصات کلیه افرادی که یک خدمت را دریافت می‌کنند ثبت می‌شوند | کلیه خدمات ارائه شده برای هر فرد ثبت می‌شود |
| لیست‌های خطی/ دفاتر خدمت | پرونده بیماران |
| به تعداد خدمات ارائه شده لیست خطی می‌تواند وجود داشته باشد | به تعداد نفرات گیرنده خدمت پرونده وجود دارد |
| امکان دو موضوع مهم را فراهم می‌کند: 1. پیگیری فعال خدماتی که مشمول پیگیری فعال هستند 2. امکان تهیه گزارش‌های مورد نیاز | با ایجاد یک بایگانی از سوابق فرد و سوابق خدمات ارائه شده به فرد، در روند ارائه خدمات بهتر به فرد کمک می‌کند. |

یکی از مزیت‌های نظام ثبت الکترونیک به ثبت کاغذی این است که ثبت خدمات یک بار در پرونده فرد انجام می‌شود و در صورتی که نظام ثبت الکترونیک کارآمد باشد، قابلیت استخراج لیست‌های خطی و گزارش‌های آماری از ثبت مبتنی بر پرونده وجود خواهد داشت. در حال حاضر نظام ثبت الکترونیک مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی (پروژه MIS1) به این ترتیب است.

یکی از مزیت‌های نظام ثبت الکترونیک به ثبت کاغذی این است که ثبت خدمات یک بار در پرونده فرد انجام می‌شود و در صورتی که نظام ثبت الکترونیک کارآمد باشد، قابلیت استخراج لیست‌های خطی و گزارش‌های آماری از ثبت مبتنی بر پرونده وجود خواهد داشت. در حال حاضر نظام ثبت الکترونیک مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی (پروژه MIS1) به این ترتیب است.

کمیت SIP کشوری در نظر دارد در فاز دوم MIS2 برای خدمات تشخیص و کاهش آسیب نیز نرم افزاری را طراحی کند که این قابلیت را داشته باشد.

اما اکنون در **فاز اول از پروژه MIS2** تنها به ثبت الکترونیک لیست خطی "نظام ثبت مبتنی بر خدمت" بسنده شده است. تا امکان تهیه گزارش و پیگیری فعال بیماران راحت تر امکان پذیر باشد و در این فاز همچنان ثبت خدمات مبتنی بر فرد "پرونده" به شکل کاغذی خواهد بود.

در سال 1398 فرم‌های طراحی شده MIS برای جمعیت‌های کلیدی مصرف کنندگان مواد و زنان در قالب 8 کارگاه آموزشی برای ناظران برنامه به شرح زیر آموزش داده شد:

کارگاه‌های هشت گانه در راستای اجرای مرحله اول فاز دو و با هدف آموزش نحوه استفاده از لیست‌های خطی الکترونیک برای کارشناسان ناظر برنامه در ادارات کنترل ایدز و اداره اعتیاد معاونت بهداشت وزارت بهداشت، معاونت درمان وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و سازمان زندانها برگزار خواهد شد.

اهداف آموزشی کارگاه :

اهداف حیطه شناختی :

در این حیطه ارتقاء سطح آگاهی و آشنایی شرکت کنندگان در خصوص:

1. اصول ثبت و گزارش دهی
2. نحوه ثبت خدمات تشخیص و کاهش آسیب در لیست خطی الکترونیک
3. روش های گزارش گیری از لیست خطی الکترونیک
4. نحوه استفاده از داده های استخراج شده و محاسبه شاخص های مرتبط
5. مفاهیم کلی نحوه ارزیابی فرآیندها
6. نحوه ارزیابی فرآیندهای تشخیص و کاهش آسیب

اهداف حیطه نگرشی :

در انتهای کارگاه لازم است باورهای زیر کسب کرده باشند

1. اهمیت ثبت، استخراج و گزارش صحیح و دقیق داده های مرتبط با تشخیص و کاهش آسیب در امر پایش و ارزشیابی برنامه

اهداف حیطه مهارتی :

انتظار می رود در انتهای کارگاه فراگیران مهارت های زیر را کسب کرده باشند

1. استفاده از لیست خطی الکترونیک برای ثبت
2. روش های استخراج داده ها از فرم الکترونیک ثبت
3. محاسبه شاخص های برون داد و ارزیابی فرآیند
4. توانایی انتقال مفاهیم آموزشی به سطوح اجرایی

اهداف کاربردی:

تعیین نقاط ضعف و اشکال های احتمالی لیست خطی الکترونیک و ارتقا کیفی فرم های مذکور

تعیین نیاز کاربران برای تکمیل راهنمای استفاده از فرم ها

گروه هدف :

هسته پایش و ارزشیابی کمیته های استانی نظارت بر اجرای برنامه

1. کارشناسان ایدز معاونت بهداشتی 60 دانشگاه علوم پزشکی

2. کارشناسان اعتیاد معاونت بهداشتی 60 دانشگاه علوم پزشکی
3. کارشناسان مرتبط با مراکز آگونیست معاونت درمان 60 دانشگاه علوم پزشکی
4. کارشناسان ایدز سازمان بهزیستی 30 استان
5. کارشناسان بهداشت و درمان سازمان زندانهای 30 استان

تعداد شرکت کنندگان:

برآورد شرکت 288 نفر و برای هر کارگاه متوسط بین 40 تا 45 نفر برآورد شده است

مباحث و روش ارائه آنها در کارگاه :

کارگاه در سه بخش به شرح ذیل به مرحله اجرا در آمد:

1. ثبت لیست خطی الکترونیک

روش ارائه: سخنرانی - کارگروهی (آزمون) - بحث گروهی

در ابتدا در قالب یک سخنرانی جامع شرکت کنندگان ضمن آشنایی با مفاهیم کلی اصول ثبت و گزارش دهی با نحوه ثبت خدمات در لیست خطی الکترونیک آشنا شوند .

سپس

در ادامه شرکت کنندگان به 5 گروه تقسیم می شوند :

1. ایدز معاونت بهداشتی دانشگاه ها
2. اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه ها
3. کارشناس آگونیست معاونت درمان دانشگاه ها
4. کارشناس ایدز بهزیستی استانها
5. کارشناس بهداشت و درمان سازمان زندانهای استانها

در هر گروه مدرسین سازمان مربوطه نحوه ثبت لیست خطی در سازمان متبوع خود را به روش سخنرانی به شرکت کنندگان آموزش می دهد.
در ادامه آزمون نحوه ثبت با ارائه نمونه های یکسان برای هر 5 گروه در ثبت برگزار می شود .
پس از ثبت نمونه در قالب بحث گروهی شرکت کنندگان در هر گروه نقاط قوت و ضعف نحوه ثبت لیست خطی الکترونیک را تعیین می کنند.

2. گزارش گیری از لیست خطی الکترونیک

روش ارائه : سخنرانی - کارگروهی (آزمون) - بحث گروهی

در ابتدا در قالب یک سخنرانی جامع شرکت کنندگان ضمن آشنایی با مفاهیم کلی اصول ثبت و گزارش دهی با سه روش متفاوت گزارش گیری خدمات در لیست خطی الکترونیک آشنا شوند.

سپس

در ادامه شرکت کنندگان به 5 گروه تقسیم می شوند:

1. ایدز معاونت بهداشتی دانشگاه ها
2. اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه ها
3. کارشناس آگونیست معاونت درمان دانشگاه ها
4. کارشناس ایدز بهزیستی استانها
5. کارشناس بهداشت و درمان سازمان زندانهای استانها

در هرگروه مدرسین سازمان مربوطه نحوه گزارش گیری داده های مورد نیاز از لیست خطی در سازمان متبوع خود را به روش سخنرانی به شرکت کنندگان آموزش می دهد در ادامه آزمون نحوه گزارش گیری با ارائه نمونه های یکسان برای هر 5 گروه در ثبت برگزار می شود .

پس از ثبت نمونه در قالب بحث گروهی شرکت کنندگان در هر گروه نقاط قوت و ضعف نحوه گزارش گیری لیست خطی الکترونیک را تعیین می کنند .

3. پانل تعیین نیاز کاربران برای تکمیل و ارتقا لیست خطی الکترونیک و راهنمای استفاده از آن

روش ارائه : بحث گروهی

سپس نتایج حاصل از بحث های گروهی توسط نماینده هر یک از گروه ها به هسته مدرسین اعلام شده و موضوع به روش بحث گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد.

ابتدا فراگیران با مراحل و ابزارهای لازم برای انجام تست سریع اچ‌آی‌وی به روش سخنرانی آشنا می شوند. سپس به روش ایفای نقش مراحل انجام تست را مشاهده می کنند .

در ادامه به هر فرد ابزار لازم برای انجام تست داده می شود و هر فرد حداقل یکبار کلیه مراحل انجام تست و قرائت نتیجه را انجام خواهد داد. در طی تمام مراحل مدرسین نظارت مستمر داشته و مشکلات احتمالی را برطرف می کنند.

4. اصول ارزیابی فرآیند خدمات تشخیص و کاهش آسیب (Process evaluation)

روش ارائه : سخنرانی

ابتدا فراگیران با مراحل و ابزارهای لازم برای انجام تست سریع اچ‌آی‌وی به روش سخنرانی آشنا می شوند. سپس به روش ایفای نقش مراحل انجام تست را مشاهده می کنند.

ابتدا اصول کلی ارزیابی فرآیند آموزش داده می شود

سپس چک لیست های ارزیابی فرآیند مراکز DIC آموزش داده می شود و کتابچه نحوه ارزیابی فرآیند مراکز گذری در اختیار شرکت کنندگان قرار می گیرد .

- لازم به ذکر است داده های مورد نیاز برای تکمیل ای چک لیست در قالب کارگروهی دوم توسط شرکت کنندگان استخراج شده است.

متون و منابع ارائه شده در کارگاه:

به هر شرکت کننده در کارگاه علاوه بر لوازم التحریر متون ذیل تحویل شد:

1. فایل لیست خطی الکترونیک
2. دستورالعمل مصوب کاهش آسیب و دستوالعمل مصوب مراقبت زنان آسیب پذیر
3. کتاب راهنمای نحوه ارزیابی فرآیندهای اجرایی خدمات کاهش آسیب

روش های ارزیابی کارگاه :

ارزیابی کارگاه شامل دو بخش است

بخش اول : ارزیابی اثربخشی کارگاه:

این بخش با دو آزمون در کارهای گروهی انجام می شود

بخش دوم: نظر سنجی از شرکت کنندگان:

نظر سنجی از شرکت کنندگان با کمک دو پرسشنامه بدون نام به شرح زیر انجام می شود:

1. نظر سنجی روزانه:

در پایان هر کارگاه با 5 سوال زیر نظر فراگیران به صورت مکتوب دریافت می شود و توسط مدرسین مورد ارزیابی قرار گرفته و مبتنی بر نتایج اقدام لازم در روز بعد در روند آموزش اعمال می شود .

1. امروز کدام موضوع برای شما جالب تر بود؟
2. مهمترین موضوع/موضوعهایی که امروز یاد گرفتید (در سطح دانش / مهارت) را نام ببرید :
3. چه چیزهایی از جلسات امروز آموزش دیدید که پیش بینی می کنید در کارتان از آن استفاده کنید؟
4. در طول جلسات امروز موردی وجود داشت که متوجه نشده باشید؟ لطفا با ذکر مثال بیان کنید.

5. مورد خاص دیگری وجود دارد که بخواهید در مورد مطالب امروز با مدرسین /طراحان کارگاه درمیان بگذارید؟

2. نظر سنجی نهایی:

در پایان دوره در دو بخش زیر نظر کلی فراگیران پرسیده می شود :

الف- ارزیابی کلیات برگزاری کارگاه:

1. در ابتدای کار توضیح کافی در مورد اهداف کارگاه ارائه شد.
2. اهداف کارگاه متناسب با موضوع کارگاه طراحی گردیده بود.
3. محتوای کارگاه در ارتباط نزدیک با فعالیتهای شغلی شرکت کنندگان تنظیم شده بود.
4. کارگاه توانست شرکت کنندگان را به بکارگیری اطلاعات ارائه شده ترغیب نماید.
5. روشهای مورد استفاده در کارگاه موجب شرکت فعالانه شرکت کنندگان در بحث ها بود.
6. در جلسات عمومی زمان کافی برای معرفی کارگروه ها در نظر گرفته شده بود.
7. موضوعات مطرح شده در کارگاه از توالی مناسب و منطقی برخوردار بود.
8. فضای عمومی کارگاه برای کار جدی مساعد بود.
9. مدت زمان کارگاه برای رسیدن به اهداف تعیین شده کافی بود.
10. مکان برگزاری کارگاه مناسب بود.
11. تسهیلات موجود در مکان برگزاری (پذیرایی ، تهویه و...) مناسب بود.

ب- ارزیابی مدرسین:

1. نظر شرکت کنندگان برای تک تک مدرسین در 5 مهارت زیر با پاسخ خوب،متوسط و ضعیف سنجیده می شود :
1. تسلط علمی - 2. بیان شیوا و روان 3. کاربردی بودن مطالب 4. توانایی مدیریت جلسه آموزشی 5. استفاده از روش و وسایل کمک آموزشی

ویژه کارشناسان ناظر برنامه

راهنمای تکمیل

فرم های ثبت و گزارش دهی الکترونیک

خدمات کاهش آسیب

فاز اول از نهم دوم نظام نهم مدیریت داده ها

برنامه کنترل اچ‌آی‌وی

تابستان ۱۳۹۸

زیرکیت تخصصی پایش و ارزشیابی

راهنمای نمونه فرم های ثبت و گزارش دهی الکترونیک خدمات کاهش آسیب



کمیته نظارت بر اجرای برنامه SIP

شناسنامه کتاب در برنامه استراتژیک :
این مجموعه در راستای نیل به هدف اول از استراتژی دهم (S10-O1) برنامه استراتژیک نوشته شده که از زیر ساخت های لازم برای رسیدن به اهداف پایش و ارزشیابی است. مجموعه حاضر توسط گروه تخصصی پایش و ارزشیابی با هدف دستیابی به داده های لازم برای محاسبه شاخص های مرتبط با استراتژیهای ۴ و ۵ و ۷ در خردادماه ۱۳۹۸ توسط کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه (SIP) تأیید و جهت بهره برداری به گروه فنی پایش و ارزشیابی ارسال شد.

* S10-O1 : عدد درصد داده های مورد نیاز برنامه در قالب یک نظام منسجم و یکپارچه جمع آوری، ثبت، آنالیز گرداند و انتشار یابد.

ویژه ارائه دهندگان خدمت

راهنمای تکمیل

فرم های ثبت و گزارش دهی الکترونیک

خدمات کاهش آسیب (دست اچ‌آی‌وی)

فاز اول از نهم دوم نظام نهم مدیریت داده ها

برنامه کنترل اچ‌آی‌وی

تابستان ۱۳۹۸

زیرکیت تخصصی پایش و ارزشیابی

راهنمای نمونه فرم های ثبت و گزارش دهی الکترونیک خدمات کاهش آسیب و تعیین اولین اچ‌آی‌وی



کمیته نظارت بر اجرای برنامه SIP

شناسنامه کتاب در برنامه استراتژیک :
این مجموعه در راستای نیل به هدف اول از استراتژی دهم (S10-O1) برنامه استراتژیک نوشته شده که از زیر ساخت های لازم برای رسیدن به اهداف پایش و ارزشیابی است. مجموعه حاضر توسط گروه تخصصی پایش و ارزشیابی با هدف دستیابی به داده های لازم برای محاسبه شاخص های مرتبط با استراتژیهای ۴ و ۵ و ۷ در خردادماه ۱۳۹۸ توسط کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه (SIP) تأیید و جهت بهره برداری به گروه فنی پایش و ارزشیابی ارسال شد.

* S10-O1 : عدد درصد داده های مورد نیاز برنامه در قالب یک نظام منسجم و یکپارچه جمع آوری، ثبت، آنالیز گرداند و انتشار یابد.

9.3-Standard process evaluation tools

زیر گروه فنی پایش و ارزشیابی ، برای دو گروه از جمعیت های کلیدی (مصرف کنندگان مواد – زنان در معرض بیشترین آسیب) پس از تعیین شاخص های ارزیابی فرآیند اقدام به طراحی چک لیست های ارزیابی فرآیند نموده و برای مصرف کنندگان مواد کتاب راهنمای ارزیابی فرآیند را تدوین نموده است :

| تاریخ بازدید | نام دانشگاه / استان | نام پایشگر | سمت پایشگر | شروع بازه | پایان بازه | مدت بازه |
|--------------|---------------------|------------|------------|-----------|------------|----------|
| | | | | | | |

| شناسنامه مرکز | |
|---------------|------------------------------------|
| | نام مرکز |
| | آدرس مرکز |
| | شماره تلفن مرکز |
| | سال تاسیس مرکز |
| | نام سازمان ناظر |
| | نام شرکت / پیمانکار : |
| | تاریخ شروع فعالیت شرکت / پیمانکار |
| | تعداد تیم سیار تحت پوشش مرکز |
| | تعداد روزهای هفته که مرکز فعال است |
| | ساعت کار مرکز |

فرم الف-آمار کلی

(این قسمت از لیست خطی الکترونیک تکمیل می شود)

| شماره | شاخص مورد نظر | زن | مرد | کل | سابقه تزریق | مصرف تزریقی | مواد محرک | هیچکدام |
|-------|---------------------------------------|----|-----|----|-------------|-------------|-----------|---------|
| 1 | تعداد کل پرونده | | | | | | | |
| 2 | تعداد پرونده فعال یکساله | | | | | | | |
| 3 | تعداد پرونده فعال سه ماهه | | | | | | | |
| 4 | تعداد نفر مراجعه در ماه | | | | | | | |
| 5 | متوسط نفر مراجعه در روز | | | | | | | |
| 6 | تعداد نفر آموزش رویکرد نوین | | | | | | | |
| 7 | تعداد نفر آموزش تزریق سالم | | | | | | | |
| 8 | تعداد نفر آموزش رابطه جنسی ایمن | | | | | | | |
| 9 | تعداد نفر دریافت کننده متادون | | | | | | | |
| 10 | تعداد نفر دریافت کننده سرنگ و سوزن | | | | | | | |
| 11 | تعداد نفر دریافت مستمر سرنگ و سوزن | | | | | | | |
| 12 | متوسط تعداد سرنگ و سوزن توزیع شده | | | | | | | |
| 13 | تعداد نفر دریافت کننده کاندوم | | | | | | | |
| 14 | متوسط تعداد کاندوم توزیع شده | | | | | | | |
| 15 | تعداد نفر تست اچ آی وی | | | | | | | |
| 16 | تعداد نفر تست اچ آی وی مثبت | | | | | | | |
| 17 | تعداد کد مرکز مشاوره | | | | | | | |
| 18 | تعداد بار تست اچ آی وی | | | | | | | |
| 19 | تعداد نفر غربالگری سل | | | | | | | |
| 20 | تعداد نفر با علائم مثبت | | | | | | | |
| 21 | تعداد نفر ارجاع موفق به مرکز بهداشت | | | | | | | |
| 22 | متوسط وعده غذایی توزیع شده در روز | | | | | | | |
| 23 | تعداد نفر دریافت کننده بسته معیشتی | | | | | | | |
| 24 | تعداد نفر دریافت پوشاک | | | | | | | |
| 25 | تعداد نفر دریافت کننده خدمات پرستاری | | | | | | | |
| 26 | تعداد نفر ارجاع شده برای خدمات درمانی | | | | | | | |
| 27 | تعداد نفر ارجاع شده برای خدمات حمایتی | | | | | | | |

فرم ج - ارزیابی زیر ساخت ها

| توضیحات | بله | خیر | سوال |
|-------------------------------------|-----|-----|--|
| الف : قوانین و دستورالعمل‌ها | | | |
| | | | 1 آیا راه اندازی مرکز در کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی استان به تایید رسیده است ؟ |
| | | | 2 نسخه فیزیکی / الکترونیکی دستورالعمل اجرایی مراکز گذری در مرکز وجود دارد؟ |
| | | | 3 آیا تابلوی مشخصات در معرض دید عمومی قرار دارد؟ |
| | | | 4 آیا ابعاد تابلو مطابق دستورالعمل ماده 26 سازمان می باشد؟ |
| | | | 5 آیا ساعات فعالیت مرکز/ واحد قابل رویت برای مراجعین می باشد؟ |
| | | | 6 تابلو کلیه خدمات رایگان است در معرض دید مراجعین است؟ |
| | | | 7 نصب اصل یا تصویر پروانه های قانونی با تاریخ معتبر در مرکز قابل رویت برای مراجعین است ؟ |
| | | | 8 نصب اسامی و عنوان پرسنل در مرکز قابل رویت برای مراجعین |
| | | | 9 نصب چگونگی و ترتیب فرایند ارائه خدمات در مرکز قابل رویت برای مراجعین |
| | | | 10 نصب شماره تماس شکایات در مرکز قابل رویت برای مراجعین به همراه |
| | | | 11 آیا نقشه مراکز پرخطر و تیم های سیاری در مرکز نصب شده است؟ |
| ب : مشخصات عمومی | | | |
| | | | 14 آیا مرکز در منطقه جغرافیایی که نسبت قابل توجهی از جمعیت معتادان پرخطر و بی خانمان را داراست تاسیس شده است؟ |
| | | | 13 آیا محل مرکز مورد تایید کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی استان قرار گرفته است ؟ |
| | | | 14 آیا صورتجلسه تایید راه اندازی و محل مرکز کمیته درمان ، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی استان در مرکز موجود است؟ |
| ج: فضای فیزیکی | | | |
| | | | 15 آیا مرکز دارای حداقل مساحت 40 متر می باشد؟ |
| | | | 16 آیا حمام وجود دارد؟ |
| | | | 17 آیا آبدارخانه وجود دارد؟ |
| | | | 18 آیا ضوابط بهداشتی در آبدارخانه و محل سرو غذا انجام می شود ؟ |

| توضیحات | بله | خیر | سوال |
|-------------------------------------|-----|-----|---|
| الف : قوانین و دستورالعمل‌ها | | | |
| | | | 19 آیا ضوابط بهداشتی برای سرویس های بهداشتی و حمام انجام می شود؟ |
| | | | 20 آیا سرویس بهداشتی جهت استفاده مراجعین وجود دارد؟ |
| د : تجهیزات | | | |
| | | | 21 آیا سطل زباله درب دار وجود دارد؟ |
| | | | 22 آیا سیستم سرمایش وجود دارد؟ |
| | | | 23 آیا سیستم گرمایش وجود دارد؟ |
| | | | 24 آیا در مرکز رایانه وجود دارد؟ |
| | | | 25 آیا دسترسی به شبکه اینترنت وجود دارد؟ |
| | | | 26 آیا وسایل کمک آموزشی در مرکز وجود دارد؟ (حداقل یکی از اقلام که تخته سیاه هست، وجود دارد؟ |
| | | | 27 کپسول آتش نشانی پر با تاریخ شارژ معتبر وجود دارد |
| ه : دارو و اقلام بهداشتی | | | |
| | | | 28 ست پانسمان حداقل برای پنج درصد افراد تحت پوشش وجود دارد |
| | | | 29 سرنگ و سوزن حداقل به تعداد 1000 عدد در مرکز وجود دارد؟ |
| | | | 30 کاندوم حداقل به تعداد 1000 عدد در مرکز وجود دارد؟ |
| | | | 31 کیت تست اچ‌آی‌وی حداقل به میزان 5 درصد افراد واجد شرایط وجود دارد؟ |
| و : نیروی انسانی | | | |
| | | | 32 مسئول مرکز مدرک تحصیلی مرتبط دارد؟ |
| | | | 33 آیا مسئول مرکز حداقل یک دوره آموزشی کاهش آسیب را حداقل در طی دو سال گذشته گذرانده است. |
| | | | 34 آیا بانک اطلاعات نیروی انسانی به روز شده است؟ |
| ز: نظام ثبت و گزارش دهی | | | |
| | | | 35 آیا فرم های درون پرونده مطابق استاندارد اعلام شده است ؟ |
| | | | 36 آیا فرم الکترونیک مطابق استاندارد اعلام شده در مرکز وجود دارد ؟ |
| | | | 37 آیا ارسال آمارهای ماهانه و فصلی به موقع انجام انجام شود؟ |



9.4-Data quality assurance

برای اولین بار یک مطالعه ارزیابی سریع با هدف راستی آزمایی، روائی سنجی و ارزیابی فرآیندهای تشخیص و کاهش آسیب در برنامه کشوری در تابستان سال 1398 طراحی و به مرحله اجرا در آمد.

اجزای اصلی مطالعه

این طرح مشتمل بر اجزای زیر است :

1. تطابق داده‌ها از منابع مختلف گزارش‌دهی Matching
2. راستی آزمایی داده‌ها Verification
3. روائی سنجی داده‌ها Validation
4. ارزیابی فرآیندهای اجرایی Process evaluation
5. مهارت سنجی Skills assessment
6. ارزیابی زیر ساخت Infrastructure evaluation
7. مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته

شرکای اصلی مطالعه:

این طرح با مسئولیت چهار شریک اصلی برنامه در امر تشخیص اجرا می‌شود:

1. مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
2. اداره کنترل اعتیاد وزارت بهداشت
3. سازمان بهزیستی
4. سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور

تعیین حجم نمونه:

مرحله اول نمونه‌گیری در سطح کشوری:

مناطق جغرافیایی (استان / دانشگاه علوم پزشکی) متناسب با تعداد تست و درصد موارد مثبت، میزان موارد زنده شناسائی شده به جمعیت ، شاخص‌های تاخیر تشخیص مانند میزان CD4 پایین زمان تشخیص و یا مرگ سال اول، میزان پراکندگی و شیوع جمعیت‌های پرخطر به روش Mapping مکان های زیر انتخاب شد:

50 دانشگاه علوم پزشکی برای حجم نمونه مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

42 دانشگاه علوم پزشکی برای حجم نمونه اداره اعتیاد

30 استان برای حجم نمونه سازمان بهزیستی

24 استان برای حجم نمونه سازمان زندانها

مرحله دوم نمونه‌گیری در فیلد به شکل زیر انجام می‌شود:

در هر کدام از این نمونه‌ها ابتدا ستاد استان / دانشگاه با چک لیست استاندارد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، سپس متناسب با حجم نمونه تست، شهرستان / شهرستان‌ها به صورت راندوم انتخاب می‌شود. در هر شهرستان نیز متناسب با حجم نمونه تست، مرکز / مراکز به صورت راندوم انتخاب می‌شود. به عبارت دیگر حتی اگر در هر استان فقط یک شهرستان و در هر شهرستان فقط یک مرکز برای هر سازمان ارزیابی شود، در مجموع انتظار می‌رود چک لیست‌ها حداقل در 468 سایت تکمیل شوند.

ساختار اجرایی:

کشور به 10 منطقه تقسیم بندی شده و مسئولیت ارزیابی هر منطقه به تیمی متشکل از نمایندگان مرکز مدیریت بیماریها اداره ایدز - اداره اعتیاد وزارت بهداشت - سازمان بهزیستی - سازمان زندانها محول شده است.

طرح کشوری راستی آزمایی، روائی سنجی و تحلیل وضعیت خدمات تشخیصی و کاهش آسیب اچ‌آی‌وی

ناظرین کشوری :

دکتر محمد مهدی گویا - دکتر احمد حاجی - دکتر فرید براتی - دکتر مهرداد تشکریان

هماهنگ کننده کشوری :

دکتر پروین افسر کارزونی - دکتر ابراهیم قدوسی - دکتر کامبیز محضری - خانم بهناز واعظی

ناظرین فنی :

دکتر هنگامه نامداری تبار - دکتر کتایون طایری

| منطقه ۱۰ | منطقه ۹ | منطقه ۸ | منطقه ۷ | منطقه ۶ | منطقه ۵ | منطقه ۴ | منطقه ۳ | منطقه ۲ | منطقه ۱ |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ناظرین منطقه ۱۰: دکتر محسنی (WHO) دکتر حسینی (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۹: دکتر مومنان (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۸: دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۷: دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۶: دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۵: دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۴: دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۳: دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۲: دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) | ناظرین منطقه ۱: دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) دکتر پور (WHO) |
| نام دانشگاه | نام دانشگاه | نام دانشگاه | نام دانشگاه | نام دانشگاه | نام دانشگاه | نام دانشگاه | نام دانشگاه | نام دانشگاه | نام دانشگاه |
| ایلام | بوشهر | ایرانشهر | اصفهان | خراسان جنوبی | آبادان | بیم | البرز | سمنان | اردبیل |
| کردستان | چهرم | زابل | چهارمحال و بختیاری | سوزار | بهبهان | چیرفت | ایران | گلستان | تبریز |
| کرمانشاه | فارس | زاهدان | قم | مشهد | اهواز | رفسنجان | تهران | گیلان | مرآغه |
| لرستان | فسا | بندرعباس | اراک | تیشکپور | دزفول | کرمان | تهجد بهشتی | بابل | ارومیه |
| همدان | کنکویه و بویر احمد | چابهار | ساوه | خراسان شمالی | شوشتر | یزد | قزوین | عازن‌دران | زنجان |

بنگاه اجرایی

کمیته نظارت بر اجرای برنامه استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی (SIP) - زیر گروه فنی پایش و ارزیابی

در ادامه به معرفی راهنمای اجرایی طرح و راهنمای تکمیل چک لیست‌ها پرداخته می‌شود.

10 نکته کلیدی و توصیه‌ی اجرایی

1. توجه کنید که راستی آزمایی و روائی سنجی داده‌ها یک شیوه علمی با اصول ثابت است و برخلاف روش‌های پایش و ارزشیابی معمول که عمدتاً همراه آموزش به ارائه دهندگان خدمت و مداخلاتی جهت رفع نواقص در محیط است، تا پایان مطالعه راستی آزمایی و روائی سنجی نباید هیچ مداخله و آموزشی در محیط در خصوص چک لیست‌های مربوطه و روش انجام کار انجام پذیرد.
2. مبنای تکمیل چک لیست‌ها تنها مستندات قابل رویت در محیط است و اظهارات شفاهی کاربران نباید ملاک تکمیل چک لیست‌ها باشد.
3. در صورت عدم تطابق داده‌ها، تیم ارزیابی تحت هیچ شرایطی اجازه توبیخ و تذکر و درخواست توضیح از عوامل اجرایی را ندارد. حتی عکس العمل‌هایی مانند ابراز تأسف با حرکت سر و یا زبان بدن نیز نباید صورت پذیرد.

به خاطر داشته باشید: شما آنجا هستید که مستندات را ببینید و یادداشت کنید

پس در هر شرایطی

لبخند بزنید و نتایج را ثبت کنید 😊

4. از هرگونه مجادله، جر و بحث و اصرار برای دست یابی به منابع اطلاعاتی به شدت پرهیز کنید. در صورتی که در مسئولین هر سطح از ارائه مستندات اجتناب کردند، تنها عدم دسترسی به داده‌ها را در چک لیست ثبت کرده و به سطوح بعدی برای ادامه ارزیابی بروید.
5. از راهنمایی مسئولین برنامه در هر سطح که موجب سوگیری در نتایج ارزیابی شود پرهیز کنید. مطابق دستورالعمل خواسته خود را به صورت واضح بیان کنید، اگر مسئولین در سطوح مختلف متوجه نشده و مستندات ناقص و یا اشتباه در اختیار شما قرار دادند تنها با یک سوال شبیه اینکه "مطمئن هستید این همه مستندات شما در این خصوص است" اطمینان حاصل کنید که مسئولین متوجه شده‌اند که باید تمام مستندات را در اختیار شما قرار دهند و از توضیحات اضافه‌تر و راهنمایی که باعث سوگیری نتایج شود اجتناب کنید.
6. انتخاب مکان‌ها (شهرستان و مراکز) مبتنی بر حجم نمونه و به صورت راندم باید صورت بگیرد. (نکته شماره 9) اجازه ندهید ارائه دهندگان خدمت در سطوح مختلف در روند انتخاب "سایت" مورد مطالعه مداخله‌ای داشته باشند. بهتر است کمترین زمان ممکن بین انتخاب هر "سایت" و ارزیابی آن وجود داشته باشد. در صورتی که به دلیل محدودیت زمانی امکان ارزیابی سایت بعدی در همان روز وجود ندارد، انتخاب سایت را به روز بعد که ارزیابی صورت می‌گیرد موکول کنید.

7. اقدامات انجام شده در این مطالعه عبارتند از:

• تطابق داده‌ها Matching

تطابق داده در دو حالت انجام می‌شود:

1. مقایسه داده‌های یکسان از منابع گزارش مختلف در یک سطح: به عنوان مثال گزارش تعداد تست انجام شده در مراکز زنان در سطح کشوری، از دو منبع "گزارش‌های مراکز زنان" و "گزارش روتین تست‌های انجام شده" با یکدیگر مقایسه می‌شود.
 2. داده‌های یکسان از فرم‌های گزارش دهی در سطوح مختلف: به عنوان فرم گزارش تعداد تست‌های انجام شده در سطح کشوری با نسخه همین گزارش در سطح استان مقایسه می‌شود.
- * در *matching* باید دقت کنید بازه‌های زمانی گزارش‌ها مشابه یکدیگر باشد.

• راستی آزمایی داده‌ها Verification:

راستی آزمایی عمدتاً با بازشماری آمار (Recounting) انجام می‌شود. معمولاً گزارش هر سطح از تجمیع گزارش‌های سطوح پایین‌تر حاصل می‌شود. بازشماری باید از منبع اصلی گزارش‌ها و یا مستندات ثبت شده انجام شود. به عنوان مثال در یک استان، گزارش‌های شهرستان‌ها پس از جمع‌آوری در یک فایل الکترونیک و یا یک برگه کاغذی وارد می‌شود و استان از جمع این اعداد، گزارش خود را به سطح کشوری تهیه می‌کند. در باز شماری نباید از فایل الکترونیک و یا برگه کاغذی مذکور استفاده کرد، بلکه باید گزارش تک تک شهرستان‌ها را رویت نموده و اعداد آنان را با یکدیگر جمع کرد. در صورتی که مستندات اصلی در دسترس نباشد، مثلاً استان/اعلام کند گزارش‌ها را تلفنی دریافت کرده است و در یک صفحه برای جمع بندی نوشته است در آن صورت ثبت می‌شود که باز شماری امکان پذیر نبود.

این موضوع در سطح مرکز بسیار حائز اهمیت است، مثلاً در یک مرکز می‌خواهید آمار سه ماهه را بازشماری کنید، فرض کنید آن مرکز در یک فرم تعداد تست‌های هر ماه نوشته شده است. جمع اعداد سه ماه و مقایسه آن با آمار سه ماهه که شما در صد *verify* کردن آن بودید در واقع فقط نوعی *matching* است. در این شرایط شما باید بپرسید پرونده و یا محل ثبت اولیه (مثلاً فرم شماره یک) تست افرادی که تست شده‌اند و گزارش آماری حاصل شمارش آنها بوده را در اختیار شما قرار دهند و با شمارش تک تک آن افراد (بازشماری) شما می‌توانید راستی آزمایی را انجام دهید.

* در بازشماری در سطح مرکز که لازم است مستندات تک تک افراد تست باز شماری شود، اگر تعداد موارد زیاد بود و وقت کافی برای باز شماری وجود نداشت، می‌توانید یک حجم نمونه را انتخاب کنید و همان را بازشماری کنید. مثلاً آمار تست سه ماهه یک مرکز 300 نفر است، ماه اول 150، ماه دوم 50 و ماه سوم 100 نفر تست شده‌اند، شما می‌توانید به جای بازشماری سه ماهه (300 نفر) 100 نفر ماه سوم را باز شماری کنید. (بهرتر است حجم نمونه در مرکز برای بازشماری کمتر از 50 مورد نباشد مگر آنکه تعداد کل تست‌ها کمتر باشد).

• روانی سنجی داده‌ها Validation:

روائی سنجی در این مطالعه تنها در سطح مرکز انجام می‌شود و منطبق بر تعیین گروه‌های هدف تست، تعیین موارد تکراری و تطابق جنس و سن است.

در روانی سنجی حجم نمونه‌ایی از تست انجام شده در یک بازه زمانی تعیین می‌شود و مشخص می‌شود عوامل خطر افراد تست شده کدام بوده. چند تست تکراری وجود داشته، آیا سن و جنس منطبق با گروه هدف بوده است (مثلاً در گزارش مرکز زنان به عنوان تست FSW، اگر تست کودکان یا مردان وجود داشته باشد برای گزارش تست FSW گزارش Valid نیست.

بخش دیگری از روانی سنجی، **مصاحبه با گیرندگان خدمت** است. از گیرنده خدمت سوال می‌شود که آیا تست شده‌اند تعداد دفعات تست را پرسیده و اطلاعات ثبت شده برای آن فرد مقایسه می‌شود. سوال‌هایی در خصوص نحوه انجام تست و ... می‌تواند به اطمینان از صحت گفته‌های، گیرنده خدمت کمک کند.

*دقت به نکات زیر در مصاحبه با گیرندگان خدمت بسیار حائز اهمیت است:

1. حریم خصوصی گیرندگان خدمت باید رعایت شود. بدون رضایت آنها نباید از آنها پرسش شود.

خصوصاً راجع به نتیجه تست آنها و وضعیت ابتلا آنها به اچ‌آی‌وی
2. پرسش ارزیاب نباید به گونه‌ای باشد که گیرنده خدمت، اطمینانش را به ارائه دهندگان خدمت از دست بدهد و تصور کند به دلیل عدم اعتماد به ارائه دهنده خدمت، بازرس از وی سوال کرده است.

3. اگر شرایط به گونه‌ای است که دسترسی به گیرنده خدمت وجود ندارد و یا حاضر به پاسخگویی نیستند از تکمیل این قسمت چک لیست صرف نظر کنید.

همواره به خاطر داشته باشید این ارزیابی نباید خللی در روند دریافت خدمات گیرندگان خدمت ایجاد کند.

• مهارت سنجی Skills assessment

مهارت سنجی در این مطالعه تنها در سطح مرکز انجام می‌شود. از ارائه دهنده خدمت می‌خواهید برای یک نفر تست انجام دهد تنها تاکید کنید " دقیقاً همه کارهایی را انجام بده که در حالت معمول انجام می‌دهی "

هیچ اشاره‌ای به روش کار و مشاوره نکنید اگر فرد به طور معمول PIT انجام می‌دهد بی‌شک در این تمرین نیز انجام خواهد داد، لذا لازم نیست شما درخواست کنید مشاوره بکند.

در حین انجام فرآیند مشاوره و تست هیچگونه صحبت و یا مداخله‌ای انجام ندهید. حتی برای اینکه عکس‌العمل‌های احتمالی شما و زبان بدن‌تان بر روند کار تست و مشاوره اثر نگذارد بهتر است در جایی قرار گیرید که ارائه دهنده خدمت نتواند شما را ببیند و در سکوت کامل چک لیست را تکمیل کنید.

از خطاهای شایع در این مرحله مثلاً توصیه به استفاده از دستکش و امثال آن است.

فراموش نکنید در این مقطع شما برای آموزش آنجا نیستید و تنها قرار است مشاهداتتان

را ثبت کنید .

• ارزیابی زیر ساخت **Infrastructure evaluation**

ارزیابی زیر ساخت نیز در این مطالعه تنها در سطح مرکز انجام می‌شود. چک لیست مربوطه را مبتنی بر مشاهدات خود در مرکز تکمیل کنید.

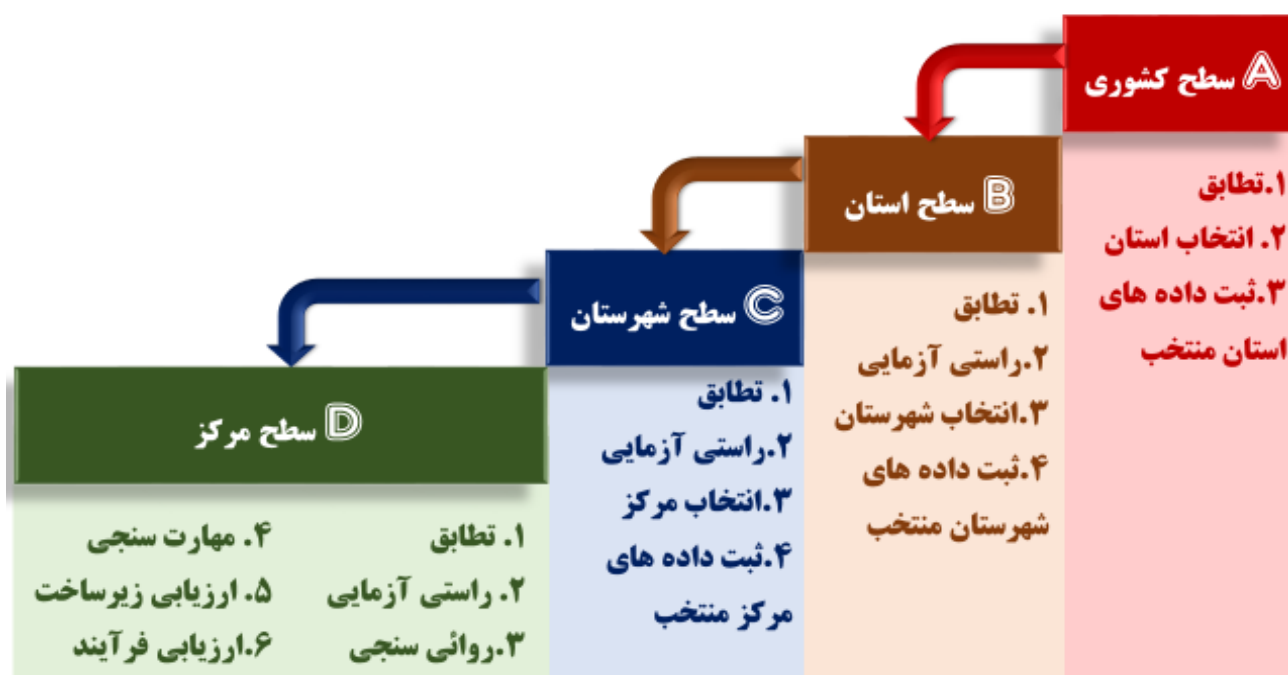
• ارزیابی فرآیندهای اجرایی **Process evaluation**

ارزیابی فرآیندهای اجرایی نیز در این مطالعه تنها در سطح مرکز انجام می‌شود. تا قبل از این کلیه شاخص‌ها در خصوص افراد تست شده محاسبه شده بود. در این مرحله حجم نمونه‌ایی از افراد تحت پوشش مرکز محاسبه می‌شود و شاخص‌های فرآیند تست برای آنان مشخص می‌شود. بدین ترتیب درصد تست انجام شده به تعداد تست مورد انتظار در مرکز قابل محاسبه خواهد بود.

• مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته

نظر سنجی از صاحبان فرآیند در سطوح مختلف در خصوص علل عدم نیل به هدف تشخیص اچ‌آی‌وی و راهکارهای پیشنهادی آنان.

8. ارزیابی به صورت پلکانی و از سطوح بالا به سطوح پایین انجام می‌شود. رعایت توالی و ترتیب سطوح واجب است. اصل مهم در راستی آزمایی و تطابق (matching & data verification) این است که داده‌های هر سطح با یک سطح بالاتر از خود مقایسه شود.



به مثال زیر توجه کنید:

آمار موجود در سطح کشور: استان A در مجموع 420 تست انجام داده است. این استان سه شهرستان و 6 مرکز دارد که آمار تفکیکی آنها نیز در سطح کشور وجود دارد مثلاً می‌دانیم شهرستان B2، 180 تست انجام داده که 100 تست آن مربوط به مرکز C4 و 80 تست مربوط به مرکز C5 است

| استان A | | | |
|---------|----|---------|----|
| مرکز | | شهرستان | |
| 40 | C1 | 140 | B1 |
| 70 | C2 | | |
| 30 | C3 | | |
| 100 | C4 | 180 | B2 |
| 80 | C5 | | |
| 100 | C6 | 100 | B3 |
| 420 | | | |

اولین سطح راستی آزمایی ستاد استان A است در آمارهای موجود در ستاد استان با جدول زیر مواجه می‌شویم:

در استان از باز شماری اعداد شهرستانها عدد 340 حاصل می‌شود اختلاف 420 با 350 محاسبه می‌شود.

حال اگر در سطح استان شهرستان B2 انتخاب شود ملاک برای راستی آزمایی با سطح بعدی عدد گزارش شده در استان (این مثال 150) است، نه گزارش موجود در سطح کشوری (180) در شهرستان B2 عدد حاصل از بازشماری مراکز 100 است و عدد 100 با عدد 150 گزارش موجود در ستاد استان مقایسه می‌شود.

اگر در این شهرستان مرکز C4 انتخاب شود، عدد مبنا برای این مرکز از گزارش موجود در سطح شهرستان، یعنی عدد 80 است (دقت کنید این عدد در گزارش کشوری برای این مرکز 100 بوده است که نباید از آن استفاده شود). اگر در مرکز C4 عدد حاصل از بازشماری بیماران 50 باشد، عدد 50 با گزارش سطح شهرستان یعنی عدد 80 مقایسه می‌شود.

| مرکز C4 | | شهرستان B2 | | استان A | |
|---------|---------------|------------|-------------|---------|-------------|
| 80 | گزارش شهرستان | 150 | گزارش استان | 420 | گزارش کشوری |
| D1 | شماره بیمار | 80 | C4 | 110 | B1 |
| D2 | | | | | |
| D3 | | | | | |
| ... | | | | | |
| ... | | | | | |
| Dn | | 20 | C5 | 150 | B2 |
| 50 | بازشماری | | | 80 | B3 |
| | | 100 | بازشماری | 340 | بازشماری |

تنها در صورتی که در سطوح میانی مستندات برای گزارش وجود نداشته باشد و دسترسی به آمار امکان پذیر نباشد می‌توان از آمار دو یا سه سطح بالاتر برای راستی آزمایی استفاده کرد.

در مثال فوق اگر در سطح شهرستان آمار تفکیکی مراکز وجود نداشته باشد، ناگزیر عدد گزارش کشوری (سه سطح بالاتر) برای مراکز شهرستان B2 استفاده می‌شود یعنی برای مرکز C4 از عدد 100 استفاده می‌شود.

9. نحوه انتخاب سایت‌های مطالعه:

ملاک های انتخاب هر سایت (انتخاب شهرستان / شهرستانها در سطح استان و یا مرکز / مراکز در سطح شهرستان)

1. تعداد تست اچ‌آی‌وی بیشتر
2. تعداد موارد مثبت بیشتر

3. تنوع منابع گزارش تست

4. شرایط خاص و غیرمعمول (مثلا صد درصد تست‌های یک مکان مثبت شده است)

در خصوص تعداد سایت‌ها محدودیتی وجود ندارد و ممکن است ارزیاب در یک استان به بیش از یک شهرستان مراجعه کند و یا یک شهرستان را انتخاب کند اما به دلیل شرایط خاص و غیر معمول علاوه بر آن شهرستان یک سایت دیگر در شهرستان دیگر نیز انتخاب کند.

حداقل تعداد سایت‌ها در هر بازدید:

1. ستاد دانشگاه برای آمار مرکز مدیریت بیماریها
2. ستاد دانشگاه برای آمار اداره اعتیاد
3. ستاد بهزیستی
4. ستاد زندان (در استانهایی که زندان نیز جز حجم نمونه است)
5. حداقل یک ستاد شهرستان برای آمار مرکز مدیریت بیماریها
6. حداقل یک ستاد شهرستان برای آمار اداره اعتیاد
7. حداقل یک ستاد بهزیستی شهرستان
8. حداقل یک مرکز زیر نظر مرکز مدیریت بیماریها (در صورت وجود مرکز زنان، حتما مرکز زنان انتخاب شود.)
9. حداقل یک مرکز زیر نظر اداره اعتیاد
10. حداقل یک مرکز زیر نظر بهزیستی
11. حداقل یک زندان (در استانهایی که زندان نیز جز حجم نمونه است)

* لازم به ذکر است اگرچه بهتر است شهرستان‌های انتخابی برای سازمانهای مختلف یکی باشد که در زمان بازدید صرفه‌جویی شود اما در صورت لزوم و بنا به آمارهای موجود، شهرستان مورد انتخاب برای هر سازمان می‌تواند تفاوت باشد.

* در خصوص انتخاب مراکز مرتبط با مرکز مدیریت بیماریها اولویت اول با مراکز زنان است، در صورتی که مرکز زنان وجود ندارد اولویت بعدی با مراکز غیر از مرکز مشاوره است که تعداد مورد مثبت بیشتری دارند. در صورتی که هیچ مرکزی وجود نداشت آخرین اولویت مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری است. (دقت کنید از یک طرف هیچکدام از شاخص‌های مرتبط با لینک موارد مثبت در مرکز مشاوره معنا ندارد از طرف دیگر کلیه دیتاهای مراکز مشاوره به کمک نرم افزار اچ‌آی‌وی قابل راستی‌آزمایی و روائی‌سنجی است، به همین دلایل مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری جز اولویت‌های اول انتخاب مراکز نیستند.)

10. نحوه انتخاب بازه زمانی مطالعه:

از آنجا که مرکز مدیریت بیماریها و اداره اعتیاد وزارت بهداشت در سطح کشوری به آمار تفکیکی سه ماهه دسترسی دارد لذا قبل از شروع بازدید لازم است بازه زمانی سه ماهه به گونه‌ای انتخاب شود که تعداد تست بیشتر و تعداد مورد مثبت بیشتر داشته باشد. دقت کنید هر سه ماهه که در سطح کشوری انتخاب شود لازم است داده های سطوح پایین تر نیز در همان بازه راستی آزمایی شود.

به چند نکته مهم دقت کنید:

1. برای سازمان بهزیستی و سازمان زندانها، بازه زمانی مورد مطالعه کل سال 1397 خواهد بود.
2. برای داده "تعداد مصرف کننده تزریقی مواد دریافت کننده سرنگ و سوزن" مربوط به اداره اعتیاد صرفاً از یک بازه سه ماه باید استفاده کنید و جمع دو یا چند بازه با توجه به وجود موارد تکراری درست نخواهد بود.
2. برای داده "تعداد زنان دریافت کننده کاندوم" مربوط به اداره ایدز صرفاً از یک ماه باید استفاده کنید و جمع دو یا چند ماه با توجه به وجود موارد تکراری درست نخواهد بود.

شما در همه مراحل طرح می‌توانید سوالات خود را با هماهنگ کننده کشوری و یا ناظرین فنی طرح درمیان بگذارید و از آنها راهنمایی بخواهید

سطح ملی (قبل از سفر):

1. آمارهای موجود سطح کشوری را بررسی کنید. اگر چه همانطور که در نکته شماره 8 توضیح داده شد، انتخاب اصلی شهرستان‌ها و مراکز در سطوح استانی و شهرستانی انجام می‌شود، اما بد نیست قبل از سفر و مبتنی بر آمارهای سطح کشوری تخمین بزنید کدام شهرستان‌ها و کدام مراکز را احتمالاً خواهید رفت و متناسب با مسافت‌ها برنامه سفر خود را تنظیم کنید.
2. حداقل یک هفته قبل از سفر با سایر اعضا تیم ارزیابی هماهنگ شوید.
3. در صورتی که هر یک از اعضای تیم امکان همراهی با تیم را ندارند، لازم است مسئولیت را به یکی از اعضا تیم تفویض کنند.
4. در صورتی که مسئولیت تکمیل چک لیست‌های یکی از اعضا سازمان‌های دیگر را برعهده دارید، مطمئن شوید شما به صورت رسمی به سازمان متبوع در استان معرفی شده‌اید.
5. برای بازدید از زندانها، تنها کارشناسانی از مرکز مدیریت بیماریها که قبلاً به صورت رسمی به سازمان زندانها معرفی شده‌اند به همراه اعضا تیم سازمان زندانها اجازه ورود به زندان را دارند. و به دلیل مکاتبات لازم برای صدور مجوز ورود به زندان لازم است حداقل یک هفته قبل سازمان زندانهای کشور در جریان سفر شما قرار بگیرند.
6. برنامه سفر خود را به ستاد اجرایی طرح اعلام کنید.
7. مطمئن شوید چک لیست‌ها را به تعداد کافی کپی کرده و همراه دارید.
8. مطمئن شوید آمارهای سطح کشوری استان مد نظر را به همراه دارید.
9. هماهنگی با استان و مکاتبات را حداکثر یک هفته قبل انجام دهید. دقت کنید هر چه این زمان کمتر باشد، دقت کار راستی آزمایی بیشتر خواهد بود.
10. قبل از شروع سفر چک لیست matching سطح کشوری را تکمیل کنید (صرفاً برای کارشناسان ایدز وزارت بهداشت)
11. مطابق گزارش‌های موجود در سطح کشوری* ردیف A چک لیست سطح استانی را تکمیل کنید.

* همه گزارش‌های کشوری به جز داده‌های زندان در فایل اکسل با عنوان (Report 1397 for data verification) به تفکیک استان، شهرستان و مراکز در دسترس شماست. با توجه به محرمانه بودن داده‌های زندان، قبل از سفر استانی برای بازدید زندان لازم است داده‌های مورد نیاز را از ناظر فنی برنامه (دکتر نامداری تبار) دریافت کنید.

آغاز ارزیابی در استان:

1. در سطوح مختلف ستاد استان، ستاد شهرستان و مرکز ابتدا با مسئول هر بخش ملاقات کوتاهی داشته باشید و ضمن تشریح اهداف ارزیابی، اطمینان دهید که آمار و دیتاهای جمع‌آوری شده به صورت محرمانه خواهد بود و جز در سطوح کارشناسی درون سازمانی به جای دیگری انتشار پیدا نخواهد کرد. تشریح کنید که یک طرح کشوری است و استان / شهرستان / مرکز آنها نیز جزیی از حجم یک نمونه است. به این ترتیب به آنها اطمینان می‌دهید این ارزیابی فقط برای آنها و یا به دلیل عدم اعتماد به آنها نیست. نمونه صفحه چارچوب کلی است که می‌توانید از مفاهیم کلی آن استفاده کنید بدیهی است متناسب با مقتضیات زمان و مکان، تغییرات لازم را در جمله بندی آن خواهید داد.
2. مطابق توصیه 1 مراقب باشید جزئیات چک لیست و روش کار را توضیح ندهید و چک لیست را در اختیار مخاطبین خود قرار ندهید.

همانطور که مستحضر هستید، شناسائی موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی یکی از اهداف اصلی برنامه 90-90-90 است (در صورت لزوم اهداف 90-90-90 را تشریح کنید) اگر چه در کشور ایران پوشش درمان در بین افراد شناسائی شده (نود دوم) و پاسخ درمانی در بین افراد تحت درمان (نود سوم) موفقیت‌های خوبی حاصل شده، اما در خصوص شناسائی موارد (نود اول) هنوز خلا بزرگی داریم به گونه‌ای که از 60 هزار نفر تخمین، تنها 21 هزار نفر شناخته شده‌اند، این در حالی است که در سال 1397 آمار تست‌های انجام شده چندین برابر سال‌های قبل بوده، اما شناسائی موارد افزایشی نداشته است. در ارزیابی‌های اولیه فرضیه‌های متعددی از قبیل اینکه تست از گروه هدف انجام نشده است، آمارهای اعلام شده صحیح نیست، شرایط نگهداری تست مناسب نیست و موارد مثبت اولیه شناخته شده لینک نمی‌شوند و... و... مطرح شده است. و برای یافتن علل این موضوع کمیته فنی پایش و ارزشیابی SIP کشوری مطالعه کشوری "راستی آزمایی، روائی سنجی و تحلیل وضعیت خدمات تشخیص و کاهش آسیب" را طراحی کرده که با مشارکت "مرکز مدیریت بیماریها، اداره اعتیاد وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و سازمان زندانها" به مرحله اجرا در آمده است. و (استان / شهرستان / مرکز) شما نیز جزیی از حجم نمونه این طرح است. ما ضمن مشاهده مستندات آماری شما، و تکمیل چک لیست‌های مربوطه اقدام به مهارت سنجی و ارزیابی زیرساخت‌ها و ارزیابی فرآیندهای اجرایی در مراکز ارائه دهنده خدمت خواهیم کرد. به شما اطمینان می‌دهیم آمار و اطلاعات ثبت شده تنها در سطوح کارشناسی درون سازمانی برای تحلیل طرح به کارگیری می‌شود و به جای دیگری انتشار داده نمی‌شود. پس از اتمام طرح کشوری، نتایج تحلیل به شما نیز اعلام می‌شود.

بر اساس اصول راستی آزمایی، در این بازدید از ارائه مطالب آموزشی معذوریم.

تکمیل چک لیست ها:

فرم 1- تطابق و بازشماری سطح ستاد دانشگاه/ استان (Matching & Recounting) (انتخاب شهرستان)

| بازه زمانی مورد مطالعه | | | | |
|---|-----------|------|------------------------|---------------------|
| مکتبر | تست آج وی | | تعداد کاندوم توزیع شده | تعداد تست توزیع شده |
| | تعداد | مثبت | | |
| گزارش موجود در سطح کشوری A (مطابق گزارش استان دانشگاه به کشور بر سطح شهر تکمیل کند.) | | | | |
| گزارش موجود در سطح استان دانشگاه B (مطابق گزارش استان دانشگاه به کشور بر سطح استان تکمیل کند.) | | | | |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |
| B6 | | | | |
| B7 | | | | |
| B8 | | | | |
| B9 | | | | |
| B10 | | | | |
| B11 | | | | |
| B12 | | | | |
| B13 | | | | |
| B14 | | | | |
| B15 | | | | |
| B16 | | | | |
| B17 | | | | |
| B18 | | | | |
| B19 | | | | |
| B20 | | | | |
| B21 | | | | |
| B22 | | | | |
| B23 | | | | |
| B24 | | | | |
| B25 | | | | |
| B26 | | | | |
| باز شماری گزارش شهرستانها B1+B2+..... | | | | |

1. ابتدا بازه زمانی مورد مطالعه را برای هر آیتم مشخص کنید و در ردیف اول بنویسید.

2. ردیف A را قاعدتاً قبل از شروع سفر و از گزارش کشوری تکمیل کرده‌اید.

3. برای تکمیل ردیف B از کارشناس استان بخواهید به شما مکاتبه یا سندی را نشان دهد که با آن آمار بازه زمانی مورد نظر را به سطح کشوری ارسال کرده است. اعداد گزارش را عیناً از روی سند گزارش شده در ردیف B ثبت کنید. این بخش در واقع matching اطلاعات است و اگر در سطح استان داده‌های جمع‌آوری شده تحت فرایندهای مختلف تجمیع و یا آنالیز قرار گرفته‌اند؛ آخرین مرحله‌ای که دیتا گزارش شده است در این قسمت به

عنوان سند مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال یک استان از سه شهرستان گزارش دریافت کرده است، آنها را آنالیز کرده در فرم های متعدد وارد کرده است و نهایتاً یک عدد را به سطح کشوری گزارش داده است. شما در این بخش به همان گزارش نهایی استناد می‌کنید .

4. سپس از کارشناس استان بخواهید اسنادی را به شما نشان دهد که گزارش رسمی شهرستانهای تابعه در همان بازه است و اعداد گزارش هر شهرستان را در ردیف های B1, B2, بنویسید. این بخش در واقع recounting اطلاعات است و اگر در سطح استان داده‌های جمع‌آوری شده تحت فرایندهای مختلف تجمیع و یا آنالیز قرار گرفته‌اند، اولین گزارش‌های رسیده به استان قبل از هر گونه دستکاری در این قسمت به عنوان سند مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال یک استان از سه شهرستان گزارش دریافت کرده است، آنها را آنالیز کرده در فرم‌های متعدد وارد کرده است و نهایتاً یک عدد را به سطح کشوری گزارش داده است. شما در این بخش بدون توجه به هیچکدام از فرم‌ها و آنالیزها، مستقیماً باید گزارش‌های اولیه را که وارد استان شده‌اند را چک کنید.

5. در مرحله بعد حاصل جمع گزارش‌های شهرستانی را در آخرین ردیف این فرم ثبت کنید.

6. شما اکنون می‌توانید مبتنی بر این فرم، طبق اصول توضیح داده شده شهرستان / شهرستانهایی را برای مرحله بعدی انتخاب کنید.

7. از گزارش و اسناد شهرستان / شهرستانهای منتخب یک کپی تهیه کرده و همراه خود داشته باشید.

8. داده‌های شهرستان منتخب را در ردیف "گزارش موجود در استان" فرم شماره 2 وارد کنید.

*در صورتی که استان، گزارش‌ها را مستقیماً از مراکز دریافت می‌کند و شهرستان در چرخه گزارش‌دهی حذف شده است، نیازی به تکمیل این فرم نبوده و مستقیماً گزارش کشوری را با گزارش مراکز و در قالب فرم شماره 2 راستی‌آزمایی کنید.

فرم 2- تطابق و بازشماری سطح ستاد شهرستان (Matching & Recounting) (انتخاب مرکز)

1. نام شهرستان را بالای فرم ثبت کنید.

2. ردیف گزارش موجود در سطح استان را قاعدتاً قبل از عزیمت به شهرستان و از گزارش استان تکمیل کرده‌اید.

3. برای تکمیل ردیف C از کارشناس شهرستان بخواهید به شما مکاتبه یا سندی را نشان دهد که با آن آمار بازه زمانی مورد نظر را به سطح استانی ارسال کرده است. اعداد گزارش را عیناً از روی سند گزارش شده در ردیف C ثبت کنید این بخش در واقع matching اطلاعات است و اگر در سطح شهرستان داده‌های جمع‌آوری شده تحت فرایندهای مختلف جمع‌آوری

یا آنالیز قرار گرفته‌اند؛ آخرین مرحله‌ای که دیتا گزارش شده است در این قسمت به عنوان سند مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال یک شهرستان از سه مرکز گزارش دریافت کرده است، آنها را آنالیز کرده در فرم‌های متعدد وارد کرده است و نهایتاً یک عدد را به سطح استان گزارش داده است. شما در این بخش به همان گزارش نهایی استناد می‌کنید.

4. سپس از کارشناس شهرستان بخواهید اسنادی را به شما نشان دهد که گزارش رسمی مراکز تابعه در همان بازه است و اعداد گزارش هر شهرستان را در ردیف های C_1, C_2, \dots بنویسید این بخش در واقع recounting اطلاعات است و اگر در سطح شهرستان داده های جمع آوری شده تحت فرایندهای مختلف جمع‌آوری و یا آنالیز قرار گرفته‌اند؛ اولین گزارش‌های رسیده به شهرستان قبل از هر گونه دستکاری در این قسمت به عنوان سند مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال یک شهرستان از سه مرکز گزارش دریافت کرده است، آنها را آنالیز کرده در فرم‌های متعدد وارد کرده است و نهایتاً یک عدد را به سطح استان گزارش داده است. شما در این بخش بدون توجه به هیچ‌کدام از فرم‌ها و آنالیزها، مستقیماً باید گزارش‌های اولیه را که وارد شهرستان شده‌اند را چک کنید.

5. در مرحله بعد حاصل جمع گزارش‌های مراکز را در آخرین ردیف این فرم ثبت کنید.

| بازه زمانی مورد مطالعه | | | | |
|--|------------------------|--------------------------|--------------|-------|
| تعداد تست توزیع شده | تعداد کاندوم توزیع شده | زمان دریافت کننده کاندوم | تست اچ‌آی‌وی | |
| | | | مثبت | تعداد |
| | | | | |
| گزارش موجود در سطح استان (مطابق گزارش شهرستان به استان دانشگاه در استان تکمیل کنید) | | | | |
| | | | | |
| گزارش موجود در سطح شهرستان C (مطابق گزارش شهرستان به استان دانشگاه در شهرستان تکمیل کنید) | | | | |
| | | | | C1 |
| | | | | C2 |
| | | | | C3 |
| | | | | C4 |
| | | | | C5 |
| | | | | C6 |
| | | | | C7 |
| | | | | C8 |
| | | | | C9 |
| | | | | C10 |
| | | | | C11 |
| | | | | C12 |
| | | | | C13 |
| | | | | C14 |
| | | | | C15 |
| | | | | C16 |
| | | | | C17 |
| | | | | C18 |
| | | | | C19 |
| | | | | C20 |
| | | | | C21 |
| | | | | C22 |
| | | | | C23 |
| | | | | C24 |
| | | | | C25 |
| | | | | C26 |
| باز شماری گزارش مراکز $C_1+C_2+\dots$ | | | | |

6. شما اکنون می‌توانید مبتنی بر این فرم طبق اصول توضیح داده شده مرکز / مراکز را برای مرحله بعدی انتخاب کنید.
7. از گزارش و اسناد مرکز / مراکز منتخب یک کپی تهیه کرده و همراه خود داشته باشید.
8. مطمئن شوید به تعداد مراکز انتخاب شده ، چک لیست مراکز (شامل 4 فرم و یک فرم ضمیمه) را همراه دارید. برای هر مرکز چک لیست های جداگانه تکمیل می شود.
9. داده های مرکز / مراکز منتخب را در ردیف مربوطه در فرم الف 1-مرکز وارد کنید.

مراکز ارائه دهنده خدمت:

1. مشخصات مرکز منتخب را در جدول مربوطه وارد کنید. بدیهی است اگر بیش از یک مرکز را انتخاب کردید لازم است به تعداد مراکز انتخابی، فرم‌های جداگانه را تکمیل کنید.

| نام مرکز | نوع مرکز | تاریخ بازدید | آدرس مرکز | تلفن مرکز |
|----------|----------|--------------|-----------|-----------|
| | | | | |

فرم 1- الف مرکز: تطابق و باز شماری (Matching & Recounting)

| بازه زمانی مورد مطالعه | | | | | |
|------------------------|------------------------|--------------------------|--------------|-------|--|
| تعداد تست توزیع شده | تعداد کاندوم توزیع شده | زنان دریافت کننده کاندوم | تست اچ‌آی‌وی | | متغیر |
| | | | مثبت | تعداد | |
| | | | | | گزارش موجود در سطح شهرستان (مطابق گزارش مرکز به شهرستان در شهرستان تکمیل کنید) |
| | | | | | گزارش موجود در سطح مرکز D (مطابق گزارش مرکز به شهرستان و در مرکز تکمیل کنید) |
| | | | | | حجم نمونه انتخابی در مرکز* (فقط در شرایطی که تعداد موارد برای باز شماری زیاد و وقت گیر است می‌توانید بازه زمانی کوتاهتری را برای باز شماری انتخاب کنید) |
| | | | | | باز شماری |

1. بازه زمانی را ثبت کنید.

2. ردیف گزارش موجود در سطح شهرستان را قاعدتاً قبل از عزیمت به مرکز و از گزارش شهرستان تکمیل کرده‌اید.

3. برای تکمیل ردیف D از کارشناس مرکز بخواهید به شما

مکاتبه یا سندی را نشان دهد که با آن آمار بازه زمانی مورد نظر را به سطح شهرستان ارسال کرده است. اعداد گزارش را عیناً از روی سند گزارش شده در ردیف D ثبت کنید.

4. سپس از کارشناس مرکز بخواهید اسنادی را به شما نشان دهد که ثبت در هنگام ارائه خدمت باشد. این اسناد می‌تواند فرم شماره یک، لیست خطی الکترونیک و ... باشد. لازم است برای هر آیتم دقیقاً گیرندگان خدمت را از روی فرم‌های ثبت بشمارید و حاصل را در ردیف باز شماری ثبت کنید. در صورتی که تعداد موارد در بازه خیلی زیاد باشد می‌توانید یک حجم نمونه (حداقل 100) در بازه زمانی کوتاهتر انتخاب کنید. گزارش ارائه شده در بازه زمانی کوتاهتر را در ردیف حجم نمونه انتخابی مرکز وارد کنید. و سپس آن بازه زمانی را باز شماری کرده و در ردیف باز شماری وارد کنید.

5. گاه در بعضی مراکز سیستم‌های ثبت متفاوتی وجود دارد، به عنوان مثال خدمات ارائه شده در چندین فرم ثبت و تجمیع می‌شود، ملاک ارزیابی "اولین فرم ثبت" یا "پرونده بیماران" است. از مسئول آمار مرکز بپرسید: "عدد گزارش شده را از چه منبعی استخراج کرده است؟" اگر به شما یک لیست خطی یا جدول آماری نشان داد. از او سوال کنید "این لیست خطی از چه منبعی تکمیل شده است" سوال‌ها آنقدر ادامه یابد تا بتواند به شما نشان دهد وقتی یک نفر تست می‌شود این فعالیت کجا ثبت می‌شود. منبع اصلی برای باز شماری همین مستندات خواهد بود.

فرم 1- ب مرکز: بازشماری کیت های تست اچ‌آی‌وی

6. برای باز شماری موجودی تست ناگزیر هستید از فرم ب استفاده کنید. ابتدا موجودی و مصرفی تست‌ها را در سال 97 مطابق قسمت اول فرم ب تکمیل کنید.

سپس مشابه این اطلاعات را فرم 1- ب مرکز : بازشماری تست

از ابتدای سال 1398 تا زمان ارزیابی در قسمت دوم فرم ب وارد کنید.

در انتها تعداد کیت‌های موجود در مرکز را بشمارید و در آخرین ردیف فرم وارد کنید.

بدیهی است در صورتی که دریافت و مصرف کیت‌ها در مرکز ثبت نشده باشد امکان تکمیل قسمت اول و دوم این فرم وجود ندارد. اما در

هر حال شمارش تعداد کیت‌های موجود باید انجام شده و ردیف آخر فرم ب در هر حال تکمیل شود.

| توضیحات | تعداد | موضوع |
|--|-------|---|
| | | تعداد تست باقیمانده از سال ۹۶ (a) |
| | | تعداد تست تحویل شده به مرکز در سال ۹۷ (b) |
| | | تعداد تست تحویل شده به مرکز در سال ۹۷ از سایر منابع (c) |
| | | کل دریافتی و موجودی تست در سال ۹۷ (a+b+c) |
| | | تعداد تست انجام شده در سال ۹۷ (d) |
| | | تعداد تست کنترل مثبت و منفی انجام شده در سال ۹۷ (e) |
| | | تعداد تست هدر رفته در سال ۹۷ (f) |
| | | کل تست مصرف شده در سال ۹۷ (d+c+e) |
| *به منظور باز شماری لازم است اطلاعات سال ۱۳۹۸ را تا زمان بازدید وارد کنید: | | |
| | | تعداد تست باقیمانده از سال ۹۷ (a2) |
| | | تعداد تست تحویل شده به مرکز در سال ۹۸ تا زمان بازدید (b2) |
| | | تعداد تست تحویل شده به مرکز در سال ۹۸ از سایر منابع تا زمان بازدید (c2) |
| | | کل دریافتی و موجودی تست در سال ۹۸ تا زمان بازدید (a2+b2+c2) |
| | | تعداد تست انجام شده در سال ۹۸ تا زمان بازدید (d2) |
| | | تعداد تست کنترل مثبت و منفی انجام شده در سال ۹۸ تا زمان بازدید (e2) |
| | | تعداد تست هدر رفته در سال ۹۸ تا زمان بازدید (f2) |
| | | کل تست مصرف شده در سال ۹۸ تا زمان بازدید (d2+c2+e2) |
| | | تعداد تست موجود در مرکز (بازشماری تست) |

فرم 1- ج مرکز: روائی سنجی (Validation)

7. تعداد مواردی که در قسمت الف بازشماری شده‌اند را در ردیف 1 وارد کنید.

8. عوامل خطر را به تفکیک ردیف‌های 2 تا 7 در بین آن افراد تعیین کرده و بنویسید. از آنجا که یک فرد همزمان

می‌تواند چندین عامل خطر فرم 1- ج مرکز: روائی سنجی (Validation)

| توضیحات | عدد | موضوع |
|---------|-----|--|
| | 1 | تعداد تست حاصل از بازشماری در بازه زمانی مورد مطالعه/حجم نمونه |
| | 2 | تعداد کد 1- مصرف تزریقی مواد در بازه زمانی مورد مطالعه/حجم نمونه |
| | 3 | تعداد کد 2- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس در بازه زمانی مورد مطالعه/حجم نمونه |
| | 4 | تعداد کد 3- ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد) در بازه زمانی مورد مطالعه/حجم نمونه |
| | 5 | تعداد کد 6- همسر فرد پرخطر در بازه زمانی مورد مطالعه/حجم نمونه |
| | 6 | بدون کد (عامل خطر تعیین نشده است) در بازه زمانی مورد مطالعه/حجم نمونه |
| | 7 | سایر کدها در بازه زمانی مورد مطالعه/حجم نمونه |
| | 8 | تعداد موارد تکراری در بازه مورد مطالعه**در صورتی که قابلیت محاسبه داشته باشد) |
| | 9 | تعداد کل مثبت گزارش شده در سال 97 مطابق گزارش مرکز |
| | 10 | تعداد فرم ارجاع تکمیل شده موارد مثبت در سال 97 |
| | 11 | تعداد افراد مثبت که دارای کد مرکز مشاوره هستند. |
| | 12 | تعداد افرادی که کد مرکز مشاوره با اطلاعات مرکز مشاوره مطابقت دارد**چک لیست ضمیمه 1 |
| | 13 | تعداد حجم نمونه برای مصاحبه حضوری / تلفنی |
| | 14 | تعداد افرادی که انجام تست را در تاریخ ثبت شده به درستی تایید کردند |

داشته باشد لزوماً حاصل جمع ردیف‌های 2 تا 7 برابر با ردیف اول نخواهد بود.

9. در صورتی که لیست خطی

الکترونیک وجود داشته باشد

امکان محاسبه موارد تکراری

هست که این موارد را در

ردیف 8 وارد کنید. دقت کنید

موارد تکراری دقیقاً در بین

افرادی که در بازشماری

تعیین شده و تعداد آنها در

ردیف یک آمده است نوشته

شود.

10. در ردیف 9 کل موارد مثبت در طول سال 97 را ثبت کنید (صرف نظر از اینکه کدام بازه زمانی در مراحل قبلی

استفاده شده است). تعداد فرم ارجاع تکمیل شده و تعداد افراد مثبت که کد مرکز مشاوره را دارند مطابق مستندات

را بشمارید و در ردیف‌های 11 و 12 وارد کنید.

11. مشخصات کلیه افراد مثبت (که تعداد آنها را در ردیف 9 نوشته‌اید) را در فرم ضمیمه 1 (پیگیری موارد

reactive) وارد کنید.

12. در مرحله بعدی برای راستی آزمایی و تعیین صحت داده‌های ثبت شده لازم است با گیرندگان خدمت نیز

مصاحبه کوتاهی انجام دهید.

* توجه به این نکته بسیار حائز اهمیت است که مصاحبه شما نباید منجر به سلب اعتماد گیرندگان خدمت شده و به هیچ عنوان نباید در فرآیند دریافت خدمات آنان خللی وارد کند. گیرندگان خدمت نباید از سوالهای شما این برداشت را داشته باشند که شما به سیستم ارائه خدمات آن مرکز اعتماد ندارید.

با افرادی که در مرکز حضور دارند در صورتی که تمایل داشته باشند و اجازه دهند با سوال‌هایی مشابه سوال‌های زیر ارتباط برقرار کنید

"آیا می‌دانید تست اچ‌آی‌وی چیست؟"

"طی سال گذشته آیا در این مرکز تست اچ‌آی‌وی داده‌اید؟" (اگر پاسخ مثبت بود برای اطمینان از صحت گفتار فرد از او بپرسید این تست چگونه برایتان انجام شد)

"چند بار تست اچ‌آی‌وی داده‌اید؟"

بعد گفته افراد را با مستندات ثبت شده مطابقت دهید .

تعداد افرادی را که مصاحبه کردید در ردیف 12 وارد کنید و تعداد مواردی که مستندات با گفته فرد مطابقت دارد را در ردیف 13 وارد کنید.

فرم 2 مرکز: ارزیابی زیرساخت مرکز

1. ردیف‌های 1 تا 4 به شکل عدد ثبت می‌شود. پاسخ سوال 4 در اصل تکرار عددی است که در بازشماری تست در فرم 1-ب ثبت کرده‌اید .

2. ردیف‌های 5 و 14 با پاسخ‌های

"بله" "خیر" تکمیل می‌شود.

3. ردیف‌های 6 تا 13 و 15 تا 19 با سه

آیتم "بله" "خیر" "نسبتاً" تکمیل می‌شوند.

| الف- نیروی انسانی | |
|----------------------------------|---|
| 1 | تعداد افرادی که در مرکز تست انجام می‌دهند |
| 2 | تعداد افرادی که دوره آموزشی توصیه به انجام تست و روش انجام تست را گذرانده‌اند |
| 3 | تعداد افرادی که گواهی دوره آموزشی را دارند |
| ب- کیت‌های تشخیصی و سایر ملزومات | |
| 4 | تعداد کیت موجود در زمان بازدید |
| 4.1 | تعداد کیت با تاریخ انقضای گذشته (⊖ در صورتی که در مرکز موجود باشد) |
| 5 | تعداد لانتست و دستکش در زمان بازدید متناسب با تعداد کیت است؟ |
| 6 | آیا دماسنج در محل نگهداری کیت موجود است؟ |
| 7 | آیا دمای محل نگهداری کیت‌های تشخیصی مطابق دمای توصیه شده بر روی جعبه است؟ |
| 8 | تعداد نتایج ثبت شده کنترل مثبت و منفی در سال 1397 |
| 9 | آیا طی سال 1397 مشکلاتی مرتبط با کیت‌ها وجود داشته است؟ (وجود نقص در هر یک از اجزای کیت ، نقض تاریخ کیت، عدم ظهور خط یا لکه کنترل و سایر موارد) |
| 10 | آیا مستندات اطلاع‌رسانی به کارشناس مسئول امور آزمایشگاه‌های بهداشتی موجود است؟ |
| 11 | آیا برای دفع لانتست و مواد آلوده از ظروف ایمن (Safety Cox) استفاده میشود؟ |
| ج- فضای فیزیکی | |
| 12 | آیا فضای مناسب (حفظ محرمانگی) انجام تست وجود دارد؟ |
| 13 | آیا صندلی یا میز مناسب انجام تست بطوریکه احتمال آلودگی سطوح کاهش یابد موجود است؟ |
| د. ثبت و گزارش دهی | |
| 14 | دستورالعمل نحوه انجام تست در مرکز وجود دارد |
| 15 | فرم ثبت استاندارد (فرم شماره 1) / لیست خطی الکترونیک در مرکز استفاده می‌شود |
| 16 | فرم موجودی و مصرفی تست در مرکز تکمیل می‌شود؟ |
| 17 | فرم ارجاع موارد مثبت وجود دارد و استفاده می‌شود؟ |
| ج. هماهنگی جهت ارجاع | |
| 18 | اسامی و آدرس مراکز مشاوره جهت ارجاع موارد مثبت در دسترس است؟ |
| 19 | شماره تلفن مراکز مشاوره جهت ارجاع موارد مثبت در دسترس است؟ |

فرم 3 مرکز : چک لیست مهارت سنجی

- این فرم صرفاً توسط کارشناسان مرکز مدیریت بیماریها تکمیل می‌شود.
- سوال کنید مسئول انجام تست در مرکز چه کسی / کسانی هستند. (در صورتی که در یک مرکز بیش از یک نفر تست انجام می‌دهد این فرم برای هر نفر باید به صورت جداگانه تکمیل شود).
- مشخصات فرد را در بالای فرم ثبت کنید.
- بدون هیچ راهنمایی و توضیحی از فرد بخواهید عین مطابق معمول برای یک نفر تست انجام دهد.

| نام فرد مورد ارزیابی | سمت فرد مورد ارزیابی | تحصیلات فرد مورد ارزیابی | دوره آموزشی PIT را گذرانده است ؟ | تاریخ آخرین دوره PIT | |
|----------------------|----------------------|--|----------------------------------|----------------------|---------|
| | | | | | |
| سوال | | | | | |
| | | بله / خیر | | | توضیحات |
| مرحله ترغیب | 1 | به مرتبط بودن موضوع اشاره شد | | | |
| | 2 | به مهم بودن موضوع اشاره شد | | | |
| | 3 | به دسترسی روش های تشخیصی اشاره شد | | | |
| | 4 | موانع انجام تست ارزیابی شد | | | |
| | 5 | راهکار متناسب با موانع ذکر شد | | | |
| | 6 | از ضمائر سوم شخص برای توضیحات استفاده می شود | | | |
| مرحله توصیه | 7 | به اینکه تست برای همه است اشاره شد | | | |
| | 8 | بر محرمانگی تاکید شد | | | |
| | 9 | نحوه دسترسی به تست دقیقاً مشخص شد | | | |
| | 10 | مفهوم نتیجه مثبت شرح داده شد | | | |
| انجام تست | 11 | مفهوم نتیجه منفی شرح داده شد | | | |
| | 12 | توصیه به انجام تست انجام شد | | | |
| | 13 | بر اینکه "تست اولیه است" تاکید شد | | | |
| | 14 | روش انجام تست شرح داده شد | | | |
| | 15 | مدت زمان آماده شدن پاسخ شرح داده شد | | | |
| | 16 | نحوه قرائت نتیجه تست و مفهوم نتیجه مثبت و منفی شرح داده شد | | | |
| | 17 | آیا مشخصات فرد به روی کیت ثبت شد ؟ | | | |
| | 18 | آیا کیت در سطح صاف قرار گرفت ؟ | | | |
| | 19 | در زمان استفاده از لانتست فرد نشسته بود | | | |
| | 20 | آیا قطره اول خون پاک شد | | | |
| اطلاع پاسخ | 21 | آیا خون اخذشده از نوک انگشت، توسط میکروپیپت و به روش و حجم صحیح قید شده در بروشور، به کیت انتقال مییابد؟ | | | |
| | 22 | آیا باقر به مقدار کافی (مطابق بروشور) به قطره خون اضافه شد | | | |
| | 23 | در هنگام اضافه شدن باقر زاویه و فاصله مناسب از محل قطره خون رعایت شد ؟ | | | |
| | 24 | آیا زمان انجام تست یادداشت شد (یا از زمان سنج استفاده شد) | | | |
| | 25 | فاصله زمانی مناسب برای قرائت نتیجه رعایت شد ؟ | | | |
| | 26 | جواب تست به درستی قرائت شد ؟ | | | |
| اطلاع پاسخ | 27 | نتیجه تست واضحاً به فرد اعلام شد | | | |
| | 28 | مفهوم نتیجه به درستی شرح داده شد | | | |
| | 29 | توصیه مناسب متناسب با نتیجه تست (ارجاع موارد مثبت برای تایید تشخیص و تکرار آزمایش موارد منفی با توجه به مدت پنجره) ارائه شد ؟ | | | |
| | 30 | نتیجه تست در فرم های مربوطه ثبت شد ؟ | | | |

نظر کلی ناظر:

- در جایی پشت سر فرد به گونه‌ای بایستید که ضمن اینکه شما بتوانید تمام مراحل کار را ملاحظه کنید، اما فرد شما را نبیند.
- حین اجرای فرآیند از هر گونه اظهار نظر، راهنمایی و یا عکس العمل حتی با زبان بدن خودداری کنید.
- سوال‌های چک لیست را حین اجرای تست با کلمات "بله" "خیر" "نسبتاً" تکمیل کنید.

فرم 4 مرکز: ارزیابی فرآیند (Process evaluation)

1. تعداد کل پرونده های سال 1397

تعداد نفراتی که حداقل یکبار تست شده، تعداد نفرات مثبت و تعداد بار تست را در جدول بالای صفحه وارد کنید.

| تعداد کل پرونده سال ۱۳۹۷ | تعداد نفری که حداقل یکبار تست شده است | تعداد نفر تست شده با نتیجه مثبت | تعداد نفر مثبت لینک شده در سال ۱۳۹۷ | مجموع تعداد بار تست انجام شده |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| | | | | |

2. به کمک فرمول کوکران، حجم نمونه را تعیین کرده و شماره پرونده‌هایی را که به صورت تصادفی مشخص شده را یادداشت کنید.

| شماره ردیف | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۱ | ۱۲ | ۱۳ | ۱۴ |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| کد فرد | | | | | | | | | | | | | | |
| ماه تشکیل پرونده | | | | | | | | | | | | | | |
| سال تشکیل پرونده | | | | | | | | | | | | | | |
| تعداد بار تست اچ آی وی انجام شده در بازه | | | | | | | | | | | | | | |
| مورد انتظار تست اچ آی وی در بازه | | | | | | | | | | | | | | |
| تعداد نتیجه منفی | | | | | | | | | | | | | | |
| تعداد نتیجه مثبت | | | | | | | | | | | | | | |
| تاریخ (روز و ماه) ثبت نتیجه مثبت | | | | | | | | | | | | | | |
| کد مرکز مشاوره برای موارد مثبت | | | | | | | | | | | | | | |
| تاریخ اولین مراجعه به مرکز مشاوره موارد | | | | | | | | | | | | | | |
| تاریخ انجام تست ثانویه موارد مثبت | | | | | | | | | | | | | | |
| نتیجه تست ثانویه موارد مثبت | | | | | | | | | | | | | | |
| تعداد جلسه آموزشی رویداد نوین آموزش | | | | | | | | | | | | | | |
| جمع | | | | | | | | | | | | | | |

3. پرونده های منتخب را یک به یک ارزیابی کرده و برای هر یک مورد انتظار تست، تعداد تست انجام شده و نتایج را در چک لیست مربوطه ثبت کنید.

4. در صورتی که فرد مثبت در بین حجم نمونه بوده و کد مرکز مشاوره داشته باشد تا ستون 10 را کامل کنید. ستون های 11 و 12 و 13 صرفا توسط کارشناس اداره ایدز و مبتنی بر مستندات مراکز مشاوره تکمیل می شود .

5. جمع ستونهای 5 تا 9 و ستون 14 را در ردیف جمع یادداشت کنید.

ضمیمه 1 مرکز: پیگیری موارد ری اکتیو شناخته شده (*محرمانه)

1. مشخصات کلیه افراد مثبت (که تعداد آنها را در ردیف 9 فرم 1- ج نوشته‌اید) باید در این فرم وارد شود.

| شماره ردیف | نام فرد | علاقیست | سال تست | برگه ارجاع موجود است | تعداد بار ارجاع | علاقیه آخرین ارجاع | سال آخرین ارجاع | در صورت ارجاع ناموفق / عدم ارجاع دلایل را مطابق اظهار ارائه دهنده خدمت در مرکز ثبت کنید | کد مرکز مشاوره برای موارد مثبت | تاریخ اولین مراجعه به مرکز مشاوره موارد مثبت | تاریخ انجام تست اولیه برای موارد مثبت | نتیجه تست اولیه برای موارد مثبت |
|------------|---------|---------|---------|----------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---|--------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| ۱ | | | | | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | | | | | | |
| ۶ | | | | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | | | | |
| ۹ | | | | | | | | | | | | |
| ۱۰ | | | | | | | | | | | | |

2. این فرم برای matching داده ها

و ارزیابی وضعیت لینک استفاده می‌شود لذا ناگزیر از ثبت اطلاعات

فردی در آن هستید. لذا در حفظ

شرایط محرمانگی این فرم به شدت

دقت کنید.

3. تکمیل این فرم صرفاً بر عهده

کارشناس ایدز است.

4. تا ستون 9 اطلاعات را مبتنی بر

مستندات مرکز تکمیل کنید .

5. ستون‌های 10 و 11 و 12 را مبتنی

بر اطلاعات مندرج در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در سطح استان و یا دیتاهای کشوری تکمیل کنید.

فرم ضمیمه 2- مصاحبه با ارائه دهندگان خدمت:

1. در هر کدام از سطوح (استان ، شهرستان ، مرکز) حداقل با دو نفر مصاحبه انجام دهید.

2. شرط شرکت در مصاحبه رضایت آگاهانه فرد است. لذا ابتدا از فرد بپرسید: آیا تمایل دارید در نظر سنجی برای

تعیین موانع احتمالی تشخیص شرکت کنید. در صورت تمایل فرد مشخصات وی را یادداشت کنید، در صورت عدم

تمایل می‌توانید نام فرد را ننویسید اما تکمیل سایر مشخصات الزامی است.

3. مصاحبه را با این مقدمه شروع کنید: همانطور که می‌دانید سال گذشته علی‌رغم تعداد زیاد تست انجام شده

در کشور به تشخیص موارد دست پیدا نکرده‌ایم اکنون می‌خواهیم نظر شما را در این خصوص جویا شویم و سپس

بحث را با دو سوال زیر ادامه دهید:

(1) پنج مانع اصلی که به هدف تشخیص اچ‌آی‌وی دست پیدا نکرده ایم را نام ببرید

(2) راهکارهای پیشنهادی برای هر علت را بیان کنید

4. از هر گونه اظهار نظر، تایید و یا تکذیب علل و راهکارهای پیشنهادی اجتناب کنید

| امتیاز صحت (۱-۱۰) | راهکارهای پیشنهادی ر | شایعترین موانع رسیدن به هدف تشخیص | سابقه کار اچ آی وی | سابقه کار | سمت | محل خدمت | نام مصاحبه شونده |
|-------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------|-----|----------|------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

5. مراقب باشید با عکس‌العمل‌ها و زبان بدن جریان نظر سنجی را به سمت و سوی خاصی هدایت نکنید.

6. عین کلمات بیان شده را یادداشت کنید. اگر منظور فرد را متوجه نشدید، از او بخواهید بیشتر توضیح دهد و از تفسیر نظرات اجتناب کنید.

7. در انتها از فرد تشکر کنید و به او اطمینان دهید نظراتش محفوظ خواهد بود.

8. در پایان نظر شخصی خود را در خصوص صحت نظرات مصاحبه شونده با امتیاز کمترین 1 و بیشترین 10 در ستون مربوطه وارد کنید.

پایان ارزیابی در استان:

1. اطلاعات چک لیست‌ها را در برنامه نرم‌افزاری وارد کنید.

2. برنامه نرم‌افزاری و چک لیست‌های تکمیل شده را به هماهنگ کننده کشوری در سازمان متبوع خود تحویل دهید

3. چک لیست‌ها تکمیل شده توسط شما به ناظرین فنی تحویل داده می‌شود، در صورت هر گونه ابهام ناظرین فنی با شما تماس خواهند گرفت.

10. Strengthen national and international accountability for prevention

10.1-Format report to disaggregate by gov/non-gov contribution

10.2. Contribute to international reporting

حیطه دوم پیشگیری: جمعیت های کلیدی**زنان در معرض بیشترین آسیب**

با توجه به راه اندازی نظام MIS امکان گزارش‌گیری به تفکیک‌های مورد نیاز برای این گروه وجود دارد. اگر چه همچنان تخمین جمعیت (مخرج کسر) در این گروه نیازمند بازبینی و دقت بیشتر است.

مردان در معرض بیشترین آسیب

این گروه نیازمند طراحی نظام ثبت و گزارش دهی (MIS) یکپارچه می‌باشد و در حال حاضر امکان گزارش‌دهی دقیق وجود ندارد.

اگر چه همچنان تخمین جمعیت (مخرج کسر) در این گروه نیازمند بازبینی و دقت بیشتر است.

مصرف کنندگان تزریقی مواد

با توجه به راه اندازی نظام MIS امکان گزارش‌گیری به تفکیک‌های مورد نیاز برای این گروه وجود دارد. اگر چه همچنان تخمین جمعیت (مخرج کسر) در این گروه نیازمند بازبینی و دقت بیشتر است.

مصرف کنندگان مواد محرک

این گروه نیازمند طراحی نظام ثبت و گزارش دهی (MIS) یکپارچه می‌باشد و در حال حاضر امکان گزارش‌دهی دقیق وجود ندارد.

اگر چه همچنان تخمین جمعیت (مخرج کسر) در این گروه نیازمند بازبینی و دقت بیشتر است.

مبتلایان به بیماریهای آمیزشی

علی رغم وجود نظام گزارش دهی سندرمیک اما این گروه نیز نیازمند طراحی نظام ثبت و گزارش دهی (MIS) یکپارچه می‌باشد و در حال حاضر دقت نظام گزارش‌دهی کافی نیست.

اگر چه همچنان تخمین جمعیت (مخرج کسر) در این گروه نیازمند بازبینی و دقت بیشتر است.

زندانیان

با توجه به راه اندازی نظام MIS امکان گزارش‌گیری به تفکیک‌های مورد نیاز برای این گروه وجود دارد.

شرکای جنسی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی

با توجه به راه اندازی نظام MIS امکان گزارش‌گیری به تفکیک‌های مورد نیاز برای این گروه وجود دارد.

افراد تراجنسی

این گروه نیازمند طراحی نظام ثبت و گزارش دهی (MIS) یکپارچه می‌باشد و در حال حاضر امکان گزارش‌دهی دقیق وجود ندارد.

تخمین جمعیت (مخرج کسر) در این گروه باید انجام شود.

حیطه دوم پیشگیری: جمعیت‌های کلیدی

با توجه به راه‌اندازی نظام MIS امکان گزارش‌گیری به تفکیک‌های مورد نیاز برای این گروه وجود دارد. تخمین جمعیت نیازمند این خدمت (مخرج کسر) باید انجام شود.